Comisión Especial sobre adicciones, consecuencias e impacto en la sociedad uruguaya
S/C

Versión Taquigráfica N° 340 de 2010

FUNDACIÓN DIANOVA

FUNDACIÓN NARCÓTICOS ANÓNIMOS

FUNDACIÓN MANANTIALES

Centro de Adicciones del "Hospital Italiano"

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 18 de noviembre de 2010

(Sin corregir)

PRESIDE: Señora Representante Daisy Tourné.

MIEMBROS: Señores Representantes Gerardo Amarilla, José Bayardi, Juan Carlos Ferrero, Aldo Guerrini, Pablo Iturralde Viñas, Orlando D. Lereté Salcedo, Gustavo Magallanes, Luis Puig, Richard Sander y Jorge Zás Fernández.

INVITADOS: Por la Fundación DIANOVA, Jorge Alós Lladó, Presidente y sicólogo Gerardo Rumbo, Director.

Por la Fundación Narcóticos Anónimos, señores N y G de Relaciones Públicas.

Por la Fundación Manantiales, licenciado Ruben Valder, Director de Equipo y Juan José Aboy, Director de Relaciones Institucionales.

Por el Centro de Adicciones del "Hospital Italiano", doctor Carlos Cavasin, Presidente; y Jorge Girasol, Gerente Administrativo.

SEÑORA PRESIDENTA (Tourné).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el agrado de recibir al señor Jordi Alós Lladó, Presidente de DIANOVA, y al psicólogo Gerardo Rumbo, Director.

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- DIANOVA es un conjunto de organizaciones cuyo campo de acción es la educación y el desarrollo personal y social de las personas.

Es una institución de ámbito internacional, compuesta por trece instituciones, cada una autónoma. Actualmente, DIANOVA internacional tiene "status" consultivo especial ante las Naciones Unidas, en la ECOSOC, y es miembro de las organizaciones registradas ante las instituciones de la sociedad civil de la OEA.

Cada país que compone DIANOVA es independiente y DIANOVA-Uruguay es una ONG radicada en Uruguay desde 1992 como institución autónoma desde 1998 y se dedica a contribuir con la sociedad a través de programas de educación e intervención en el ámbito del consumo inapropiado de drogas.

En DIANOVA estamos muy satisfechos, después de muchos años, con que se empiece a abordar el tema de los consumos de drogas o sustancias psicoactivas desde el Estado y distintos partidos, porque nos parece que ello era un debe. Históricamente, este vacío ha sido cubierto por un grupo de personas motivadas o preocupadas por la situación y estamos muy satisfechos de que este tema se aborde desde el Estado.

Tanto DIANOVA como otras instituciones piensan que se habla de adicciones, pero el campo es mucho más amplio. Asimismo, normalmente se habla de adictos, de drogadictos, lo cual ya genera un estigma, marca muchas cosas, y nosotros entendemos que es preferible hablar de consumidores de sustancias psicoactivas. Entendemos que, sea el uso de sustancias psicoactivas, su uso problemático, el abuso o la adicción, pueden ser susceptibles de ser tratados.

Los problemas que se generan a partir del consumo de sustancias psicoactivas siempre quedan relegados a un segundo plano si no provocan alarma social. Es decir, si no existe alarma social, solo generan preocupación en el círculo más cercano de quien lo vive.

Disponer de recursos para resolver la problemática, daría solución a muchos problemas sanitarios y sociales.

En DIANOVA también entendemos que cada uno tiene sus responsabilidades en este tema. Hay algunos que deben pensar en lo global y otros tienen que actuar en lo local, pero todo esto queda muy vacío si al final no podemos responder a las personas, a los seres humanos, que son los que nos necesitan.

Entendemos que el origen de la problemática es multicausal y que exige multiabordajes.

También les queremos contar que DIANOVA, para mantenerse, para estar donde está hoy en día entendemos que es una institución que ha ido madurando en el tiempo y que se ha ido afirmando, ha necesitado recibir ayudas económicas importantísimas. DIANOVA ha necesitado recibir aproximadamente US$ 1:000.000 en los últimos diez años para poder mantener equipos y brindar asistencia a personas que no podían hacer frente a sus tratamientos, y por circunstancias que hoy en día terminaron, ha podido hacer toda esa labor. Creo que ese es un dato relevante, no tanto por la cifra, sino porque si realmente se quieren llevar adelante acciones es importantísimo que haya presupuestos que las apoyen. No hay proyecto ni acción si no hay un presupuesto que los sostenga.

SEÑOR RUMBO.- Me parece importante pensar lo relativo a la construcción tanto de la demanda como de la red social, que tiene que llegar a un punto de maduración, lo que lleva tiempo e inversión. No hay otra forma de hacerlo.

Hace más de diez años estas problemáticas eran significativas, pero no existía el grado de concientización social y la técnica actual. Y eso se ha logrado gracias al esfuerzo de un montón de gente que ha trabajado, profesionales, técnicos, y también muchas personas con muchas ganas. Pero hoy día tenemos que pensar en otro tipo de abordaje de esta problemática, en algo más serio. Y para eso también hay que pensar en medios.

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- Nosotros en DIANOVA tenemos una visión muy sesgada. El tema de las drogas es político, social, sanitario, de legislación, jurídico, pero nosotros vamos a intentar aportar según lo que vemos.

Podemos comentarles que DIANOVA solo logra atender entre un 25% y un 30% de las demandas que recibe. No podemos abarcar más población por una cuestión de presupuesto, de configuración, y observamos que hay un gran vacío, una gran desprotección, sobre todo para las personas que han superado los 18 años de edad. De alguna forma, los menores todavía tienen la protección del INAU, que tiene una serie de centros

conveniados. No entraré a juzgar si son suficientes o no, o si las retribuciones del INAU son suficientes para brindar atenciones dignas o no, pero lo que sí sabemos es que una gran demanda que tiene DIANOVA es de personas que han superado los 18 años de edad, de adultos que trabajan, que tienen problemas de consumo de alcohol, de cocaína, que tienen carga familiar, y realmente cuesta muchísimo que logren ser atendidos. Ese es un gran sector de la población que queda muy por fuera del sistema, teniendo en cuenta que a los lugares públicos que existen hoy en día, como El Portal Amarillo y el Centro Izcali, no se puede acceder si se dispone de una mutualista.

Nosotros entendemos que cuando se elabore un plan nacional para el abordaje del tema de las drogas éste deberá incluir a todas las personas que tienen problemas con el consumo de sustancias. Creo que será una oportunidad para construir algo abarcativo y para todos porque el dolor emocional y los problemas que se generan con el consumo de drogas no son exclusivos de clases sociales o de determinadas situaciones

Desde luego, hay personas que necesitan algo más que un tratamiento. Lo vemos, sobre todo, con nuestros menores: el problema del consumo es el acento en una palabra esdrújula, pero les pasan muchas más cosas. En algunos de ellos las drogas constituyen un modelo de conducta naturalizado, es el barrio, es su grupo de pertenencia y es así como tiene que funcionar. Por eso tenemos un trabajo importante que realizar.

En la carpeta que les entregamos hay una pequeña presentación de DIANOVA y adjuntamos dos documentos que constituyen el marco en el que nos queremos mover. Uno es un manifiesto en el que está plasmado por escrito cómo se posiciona DIANOVA frente a temas como las drogas, la educación, la diferencia y situaciones que preocupan a algunas instituciones sociales y a todos en general. El otro es una carta de responsabilidades que firmaron en Londres en 2006 una serie de instituciones del ámbito internacional que promueven el profesionalismo, la transparencia y la ética; DIANOVA ha adherido a estos principios como institución.

SEÑOR RUMBO.- El tema de los adultos es sumamente importante. En el caso de ellos, si no tienen el carné de asistencia pública, probablemente no tengan opciones. Esta es una gran dificultad y va de la mano de que si el hecho de consumir no genera determinada alarma social queda por fuera de las políticas. Y hay que tener en cuenta que se trata de un porcentaje importante de la población. Hablamos de personas con problemas de alcoholismo que trabajan; de personas que consumen psicofármacos; de personas que tienen depresión y un montón de cosas; es algo mucho más amplio que el simple estereotipo del consumo de sustancias psicoactivas.

Los que estamos trabajando hace muchos años en esto vemos dos caminos posibles. Uno es que el Estado, a través de sus Ministerios o de sus organismos, establezca convenios con instituciones privadas para generar determinado tipo de plazas que den respuesta a este tipo de situaciones. El otro es empujar a las mutualistas para que se hagan cargo de estas situaciones a través del convenio de plazas. Pero si se empuja a las mutualistas a que convenien con instituciones, el Ministerio de Salud Pública tendrá que marcar las exigencias con respecto a esos convenios. Las mutualistas tratarán de abatir costos y meter un montón de tratamientos de carácter ambulatorio que no darán respuesta a las necesidades reales. Hay que marcar la cancha y establecer cuáles serán las obligaciones de las mutualistas. De lo contrario, no se va a dar respuesta al problema. Es así de sencillo. Las mutualistas tienen obligación de brindar treinta días de atención para desintoxicación, pero hay que agregar algo más; podría ser que se incluyeran sesenta días más y que conveniaran con instituciones. Lo que es seguro es que no podrá ser un tratamiento ambulatorio porque de esa forma no se dará respuesta.

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- En DIANOVA conformamos un equipo de 32 personas que son profesionales formados y preparados para intervenir en estos temas. Tenemos tres programas para dar respuestas a las necesidades de los menores: uno es residencial, otro diurno y otro ambulatorio. Para los adultos tenemos un programa residencial y otro ambulatorio. La sede de Rondeau actúa como centro de orientación y diagnóstico.

DIANOVA se presentó a los llamados de la Unión Europea y estamos desarrollando el Programa "Drogas, género y descentralización: un enfoque integral", que dura 36 meses y que consiste en formar a profesionales que interactúan con jóvenes con riesgos de vulnerabilidad; ellos son los profesores de los centros que nuclean a jóvenes desertores del sistema escolar que presentan ciertas dificultades. Otras personas son atendidas por

las agentes socio-educativas de ASSE. También estamos interactuando fuertemente con las Juntas Departamentales de Drogas en los ámbitos en que nos pueden recibir y hemos puesto nuestra experiencia en Uruguay a su disposición y, si procede, lo haremos en otros países.

En estos momentos, DIANOVA enfrenta una amenaza muy importante. Nosotros partimos de la base de que ser una ONG y "hacer el bien" entre comillas no nos permitía hacer cualquier cosa y en este sentido nos pusimos como objetivo cumplir con todas las normas de los Ministerios: nuestros centros están habilitados por el Ministerio de Salud Pública, las estructuras edilicias están habilitadas por la Intendencia y todo el personal de DIANOVA está en planilla de trabajo y realiza los aportes correspondientes. Sin embargo, tenemos una amenaza por un pequeño conflicto con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con la Comisión de Clasificación y Agrupamiento de Actividades. Es una amenaza no solo para DIANOVA sino para muchas otras ONG. Hasta hoy estamos laudando como si fuéramos una institución gremial como CAMBADU y otras, lo cual nos coloca en una situación de quiebre muy importante.

Sostenemos que pertenecemos a un grupo de educación no formal. En este juego hay un tema económico y de retroactividades, que si no lo podemos resolver puede ser el fin de casi veinte años de trayectoria en el país. Si fuera así, asumiremos nuestras responsabilidades, pero la verdad es que nos puede dejar en una situación de quiebre técnico muy importante. Estamos al día, pagamos siempre, pero tenemos este nubarrón y no sabemos si va a caer lluvia, granizo o si se va a apartar y salir el sol.

SEÑORA PRESIDENTA.- Me interesa que profundicen en la metodología de trabajo que asumen frente a las distintas problemáticas que abordan, y conocer su óptica respecto al tema.

Asimismo, me gustaría saber porque me pareció fuerte el dato que se daba acerca de que solo pueden dar cuenta del 25% de la demanda de los adultos qué cantidad de menores de dieciocho años y de adultos abarcan en sus cinco proyectos: los tres dedicados a los jóvenes y los dos para adultos.

Por último, quiero preguntar si las personas que recurren a DIANOVA aportan económicamente.

SEÑOR RUMBO.- En cuanto a la metodología de trabajo, se trata de equipos interdisciplinarios. Tratamos de que nuestros programas estén bien adaptados a los perfiles con los cuales trabajamos. Tenemos adolescentes del INAU, con un perfil bien específico. Los adolescentes que nos llegan tienen muchísimos problemas de vulnerabilidad psicosocial. Por lo tanto los programas están enfocados básicamente en el trabajo socioeducativo, de reincorporación, de educación y de valores y de ciudadanía.

En el caso de los adultos, los programas están más enfocados a cuestiones de orden psicoterapéutico, es decir, mucha terapia individual y grupal.

Nosotros tenemos un convenio macro con INAU para la atención de cincuenta adolescentes que se distribuyen en estos tres programas.

También tenemos otro perfil: trabajamos con adultos, lo cual tiene un carácter privado. Ellos pagan que pagan una cuota de $ 32.000. Por supuesto que tenemos algunas becas.

En suma, básicamente tenemos adultos que pagan y adolescentes en convenio con INAU. Los programas están enfocados a estos dos perfiles, bien diferenciados entre sí, que se desarrollan en dos centros separados. ¿Por qué? Porque el centro que trabaja con chicos adolescentes, que queda en la calle Rondeau y Aguilar, es muy funcional y operativo. Si se rompe algo, se repone. Esta es una de las cosas que uno va aprendiendo con los años. El centro de los adultos, podemos tener un montón de "chiches", porque sabemos que no hay el grado de deterioro que generan los adolescentes.

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- Durante mucho tiempo tuvimos una gran confusión política sobre la integración. Pensábamos que los adultos y los menores podían convivir. Pero esto es un grave error, porque tienen intereses y objetivos distintos. Finalmente, hace cuatro años, separamos las poblaciones.

También observamos que los menores, en una finca de cien hectáreas en Melilla, tenían sensación de encierro. Los menores querían estar cerca de su madre, de su padre, de su barrio y de sus cosas. Fue ahí que empezamos a trabajar fuertemente con el menor, el entorno y la familia, incluirlo en un club deportivo y en el sistema educativo. Realmente, nos ha funcionado. Fue un cambio cualitativo muy importante, a pesar de que en algún momento el ciento por ciento de las propuestas que teníamos por parte del Instituto eran la internación. Nosotros decíamos que no era esa la manera, sino que la manera era estudiar el caso, conocer sus referentes y ver qué se podía hacer. La internación aísla, es ilusoria, es un tiempo "out" de la sociedad, y el partido se juega afuera. Fueron muchos años de ir adaptando los programas para dar respuesta a necesidades reales y efectivas.

SEÑOR RUMBO.- El 25% de la demanda es de adolescentes. Según una estadística telefónica, de cada 10 personas adultas que llaman, 7 u 8 no pueden ingresar por una cuestión de carácter económico.

SEÑORA PRESIDENTA.- Es un dato interesante a tener en cuenta por esta Comisión, que tendrá que hacer un informe. En general, se tiende a pensar esta es una afirmación personal que el tema es exclusivamente de los jóvenes.

SEÑOR RUMBO.- Me parece un dato bien útil para ustedes. En el caso de los adolescentes, a casi todos los podemos llevar al INAU y que luego vuelvan a realizar su tratamiento en cualquiera de las modalidades.

SEÑOR SANDER.- Quisiera saber si tienen algún convenio con algún otro organismo del Estado, y cuál es el porcentaje de recuperación de los jóvenes y adultos que pagan.

Cuando las personas están dentro de un Instituto o de una ONG tienen un tratamiento y seguimiento especial, pero qué pasa cuando traspasan el umbral de la puerta hacia la calle y vuelven a la vida normal. ¿Cómo evalúan la reinserción de los jóvenes y los adultos? ¿Regresan a DIANOVA? ¿Los dan como recuperados y no vuelven a reincidir?.

SEÑOR RUMBO.- Establecer los porcentajes de recuperación es algo bien complejo. Igual tenemos nuestras propias estadísticas y las diferenciamos de la siguiente manera.

Por un lado, tenemos a las personas que son dadas de alta por el equipo terapéutico, que rondan el 40%.

Por otro lado, tenemos un porcentaje de altas voluntarias; son aquellas personas que no terminan su programa, pero se van por razones personales. El porcentaje de ese tipo de casos es cercano al 20%. También tenemos altas por objetivos, es decir, personas que por sus características psicopatológicas pueden llegar hasta un determinado nivel, pero nunca van a alcanzar el alta terapéutica, que se consigue al completar todos los puntos del programa.

Repito que el alta terapéutica es del 40%, y si se suman las altas voluntarias y demás se aumenta mucho el porcentaje. Aclaro que son muy parecidos los porcentajes que se manejan para adultos privados y para adolescentes. No sé por qué se da; quizás los programas estén tan bien adaptados que generen efectos similares. Es una presunción personal, nada más.

El Diputado preguntaba sobre el entorno, y quiero aclarar que no se realiza ningún tipo de tratamiento si no se parte de un buen diagnóstico. Tenemos nuestro equipo integrado por médico psiquiatra, la asistente y el psicólogo para hacer un buen diagnóstico. Se elabora una estrategia de abordaje del tratamiento que se propone a la persona y en función de ello decidimos si debe aplicarse un tratamiento ambulatorio diurno o residencial. Si la persona tiene familia y está trabajando el tratamiento ambulatorio le resulta genial, pero si está muy colgada en su consumo y no tiene un entorno de referencia quizás convenga un tratamiento residencial durante un par de meses, para estabilizarla, y luego se la puede pasar a tratamiento diurno, hasta llegar a una cuestión de reincorporación ambulatoria, que es lo ideal.

Repito que si no partimos de un buen diagnóstico es difícil trabajar, pero el entorno tiene que estar considerado en la propuesta que se le realiza a la persona. Luego se empieza a jugar con todas las variantes, pero son cuestiones muy finas, de configuración personal y social, relacionadas con los recursos que tiene el

adulto o el adolescente, etcétera. Teniendo en cuenta todo eso se arma una adecuada propuesta de tratamiento.

En general, con los adolescentes casi siempre se empieza con un par de meses de residencial, para estabilizarlos, porque nos llegan con un alto grado de consumo. Esta es la realidad de los adolescentes; tenemos un problema social, general y técnico en ese sentido, porque la llegada de los chicos es muy tardía. Repito que nos llegan con un consumo tal que no tenemos más remedio que meterlos en un residencial un mes y medio, dos o tres meses; luego probamos con el diurno, haciendo que venga todos los días o tres veces por semana. También tenemos en cuenta la respuesta que hay de parte de la familia. En general, los contextos familiares con los que nos movemos son muy desestructurados y las mamás dan poca respuesta; por lo tanto, hay fuerte contención de parte de las asistentes. Es un trabajo intenso. Esta es una realidad que nos toca vivir a nosotros.

En el caso de los adultos, por lo general la realidad es muy diferente: tienen recursos, vienen de trabajar, tienen una familia con la que se puede contar, etcétera. En esos casos vamos probando con un montón de cosas más.

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- Dianova se puso como propósito desde lo técnico individualizar los tratamientos: tenemos que dar a cada persona la estructura de tratamiento que necesita. No manejamos tratamientos globales; estamos hablando de seres individuales, distintos, y el café no es bueno para todos.

Esto requiere un esfuerzo de equipo, para darle una vuelta más a las cosas, pero entendemos que hay que individualizar los tratamientos para que sean efectivos.

Hay otro concepto a considerar. Está muy en discusión el tema de la rehabilitación; hay que ver dónde metemos el listón de rehabilitación, porque a veces se pretende que un chiquilín salga siendo un 10, preparado para cumplir con la escuela y para no generar conflictos en su casa, y casi nos olvidamos de que es joven. En muchos casos, lo que hay que tener es un impacto sobre las conductas y sobre la posición en la vida que tiene el chiquilín, porque eso le va a generar a futuro muchísimas situaciones más. Obsesionarse con que el consumo de un menor sea absolutamente cero, con que no salga los fines de semana, con que ningún día se emborrache es pensar en algo utópico. La idea es que aprenda a manejar un montón de situaciones.

SEÑOR RUMBO.- Básicamente, hablamos de un acompañamiento en la mejora de la calidad de vida de esa persona.

SEÑOR FERRERO.- ¿Qué número de adultos y adolescentes manejan?

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- Hoy en día tenemos unas 70 personas, entre adultos y menores. Creo que este año terminaremos con aproximadamente 160 personas que habrán pasado por Dianova.

SEÑOR FERRERO.- O sea que hay un alta anual de unas 70 personas.

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- Las personas que hoy están haciendo uso de los recursos terapéuticos de Dianova son aproximadamente 70, lo que ocurre es que las situaciones son muy fluctuantes, hay altas y bajas. Nosotros trabajamos mucho por objetivos. Hoy en día tenemos público adulto que puede tomarse períodos de dos meses porque tienen carga familiar, trabajo, etcétera. Son personas que a lo mejor están dos meses en el tratamiento residencial, que es suficiente para tener un primer impacto, y luego siguen con un mantenimiento a través de consultas ambulatorias.

SEÑOR FERRERO.- Esta actividad se desarrolla solo en Montevideo, no en el resto de la República. ¿No es así?

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- Sí, pero entendemos que lo que estamos llevando adelante con este programa que hacemos con la Unión Europea implica dar "know how" o brindar experiencia para que el que lo desee o le parezca bien pueda replicarlo a otros niveles en el interior del país.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se está hablando mucho de la internación compulsiva y hay propuestas en ese sentido. Por eso, quisiera que quedara constancia de qué opinan al respecto.

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- Voy a dar mi opinión. Creo que no se puede desconocer que hay algunos casos en los que, por riesgo de la persona, se necesita internación compulsiva, pero hay que ser muy finos para no vulnerar derechos de personas que podrían resultar internadas sin justificación suficiente.

En distintas reuniones con otras organizaciones que piensan muy distinto a nosotros se ha manejado que todos sabemos que el gran ruido viene dado por un núcleo muy reducido de personas. Ese es el gran ruido; más allá de eso hay muchas personas que consumen y tienen grandes problemas sociales, emocionales, etcétera, pero no hacen tanto ruido. Yo creo que lo que ha disparado el tema de las internaciones compulsivas es un núcleo muy reducido de personas que presenta dificultades gravísimas de conducta, de consumo, etcétera.

En principio, históricamente las internaciones compulsivas casi nunca están reñidas con el éxito del resultado del tratamiento.

SEÑOR SANDER.- Solo quiero hacer dos preguntas más. En la página 5 del manifiesto que nos dejaron se expresa que DIANOVA está en contra de la legalización de otras drogas. Acá hemos escuchado algunas posiciones a favor de esa legalización. Me parece importante escuchar de su parte una breve reseña al respecto.

Por otra parte, ustedes hablaron del "know-how", de la posibilidad de pasar ese conocimiento a otras instituciones. Me gustaría saber si esto ya se hizo en alguna oportunidad y cuál es la posibilidad de que instituciones del interior del país, alejadas de la capital, puedan compartir esa experiencia que ustedes tienen, de manera de poder extrapolarla desde Montevideo a otros lugares de la República.

SEÑOR RUMBO.- En el interior del país se han venido realizando varias jornadas de formación y capacitación, conjuntamente con las Juntas Departamentales de Drogas de los diferentes departamentos. Estas jornadas se van a llevar a cabo en Maldonado, y ya fueron realizadas en Flores, Rocha y Durazno. Cuando hablamos del "know-how" nos estamos refiriendo simplemente al saber técnico, práctico, cotidiano, de acompañamiento de una persona en determinadas condiciones. En los talleres que se realizan con las Juntas Departamentales de Drogas participan unos treinta o treinta y cinco técnicos y profesionales allegados a las Juntas, que son los que están en la red. Se trata de unos fuertes talleres de análisis y de construcción de nuevos conocimientos y nuevas formas de abordaje, en los que se comparten las experiencias de DIANOVA. Este proyecto va a durar dos años y medio más, de manera que tenemos un largo recorrido por delante, muchos kilómetros por hacer para llegar a los diecinueve departamentos.

La Unión Europea tiene la posibilidad de viabilizar estos proyectos económicamente, y eso nos ha ayudado a compartir estas experiencias, lo que de otro modo no hubiera sido posible, porque la Junta apoya, tenemos muy buen diálogo, pero tiene sus limitaciones en cuanto a recursos económicos.

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- En cuanto a la legalización de las drogas, nosotros entendemos que ello incrementaría el consumo y los problemas. Esta es solo una opinión. En definitiva, la responsabilidad recae en ustedes, porque las ONG opinamos pero no legislamos. A juicio de DIANOVA, si en algún momento se llegara a esta situación, se deberá tener previsto el impacto social y sobre la salud que esto implicará, de manera que las personas que se vean afectadas tengan a qué recurrir.

Creo que todos sabemos que la droga que hoy en día tiene más impacto en Uruguay es el alcohol. Esta es la droga que, con diferencias, genera más impacto social de todo tipo: problemas de salud, ausentismo laboral, violencia familiar, accidentes de tráfico.

Entendemos que legalizar la marihuana incrementaría el consumo y los problemas del consumo. El consumo de marihuana ha sido muy banalizado porque hay personas que pueden consumir esta droga y seguir

desarrollando sus actividades con normalidad. Sin embargo, cualquiera que desembarque sobre estudios serios acerca de los efectos que ese consumo tiene en la construcción de la personalidad en los adolescentes y jóvenes, advierte que realmente habría que pensar al respecto ya que provoca una serie de situaciones que luego es muy difícil revertir y que tienen un impacto social bien importante.

SEÑOR FERRERO.- Según su experiencia, además del alcohol, ¿la droga de mayor incidencia es la pasta base?

SEÑOR ALÓS LLADÓ.- La experiencia de DIANOVA no puede representar un muestreo social, porque el número de personas que vemos es muy reducido. De lo que vemos, en el caso de los menores, la droga de mayor incidencia es la pasta base, y en el caso de los adultos, la cocaína y el alcohol.

SEÑOR RUMBO.- Los adolescentes que vemos son de INAU y los adultos que concurren a nuestra institución pagan por su tratamiento, de manera que hablamos de situaciones de consumo y recursos económicos totalmente diferentes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos muchísimo todo su aporte. Seguiremos en comunicación. Es verdad: el objetivo de esta Comisión es pesado. Es muy importante dialogar con todos aquellos que trabajan con estos problemas para poder pensar sobre estos temas y elaborar el informe más pertinente posible para el plenario de la Cámara.

SEÑOR ALÒS LLADÓ.- Los equipos de DIANOVA están a disposición de cualquiera de ustedes para brindarles información más precisa que puedan necesitar.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchas gracias.

(Se retiran de Sala los representantes de DIANOVA)

(Ingresa a Sala una delegación de la Fundación Narcóticos Anónimos)

—— La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación de la Fundación Narcóticos Anónimos.

SEÑOR N.- Soy un adicto en recuperación. Gracias al programa de Narcóticos Anónimos hace más de doce años que no consumo drogas.

SEÑOR G.- También soy adicto. Gracias a Narcóticos Anónimos llevo unos veinte meses limpio. Formamos parte del Comité de Relaciones Públicas. Muchas gracias por la oportunidad que nos dan de presentar la comunidad.

SEÑOR N.- Narcóticos Anónimos es una comunidad mundial de adictos en recuperación. Es relativamente joven en Uruguay el 27 de noviembre va a hacer veinte años que está en nuestro país, pero mundialmente funciona desde el año 1953. Esta comunidad se creó a partir de dos personas que concurrían a los grupos de Alcohólicos Anónimos, vieron que su problema iba más allá de la droga del alcohol y decidieron adaptar el programa de Alcohólicos Anónimos a la problemática de la adicción a la droga.

En los primeros tiempos, la comunidad creció muy lentamente, hasta que en el año 1973 se crea la primera oficina mundial, que está en California. En 1983, se plasma la experiencia de recuperación de la enfermedad de la adicción en un primer libro, que es un texto básico. Después de ello, Narcóticos Anónimos tiene un crecimiento explosivo alrededor del mundo, hasta que al día de hoy está funcionando en más de ciento treinta y cinco países y se celebran más de sesenta mil reuniones semanales. También se ha creado mucha más literatura, que está en veintiséis idiomas. Se han vendido seis millones de este texto básico.

Esta comunidad llega a Uruguay en 1990. En aquella época, solo había un grupo que celebraba una reunión semanal. Al día de hoy, ese grupo tiene ocho reuniones a la semana. Además, hay más de cuarenta grupos funcionando en Montevideo y hay bastantes grupos en el interior.

Lo básico del programa de Narcóticos Anónimos es que es una confraternidad sin ánimo de lucro, compuesta por hombres y mujeres a quienes las drogas se nos habían convertido en un problema muy grave. Somos adictos en recuperación, nos mantenemos limpios y nos ayudamos mutuamente a conseguir este objetivo. Lo hacemos de a veinticuatro horas. El tiempo récord que establece Narcóticos Anónimos para que un adicto se mantenga abstinente de todo tipo de drogas es veinticuatro horas. El pasado ya pasó, mientras no sabíamos que teníamos una enfermedad y cómo tratarla no fuimos responsables de lo que haya sucedido. El futuro todavía no llegó; depende del presente y del día que tenemos para no consumir drogas es hoy.

Otra cosa muy importante que tiene Narcóticos Anónimos es que es libre y gratuito. No se cobra ninguna cuota de inscripción, no se paga ningún honorario, no hay que llenar ningún formulario, ni siquiera se pregunta el apellido a la persona que concurre. Es libre porque cualquier persona puede unirse a nosotros. Lo único sugerido es que tenga el deseo de dejar de consumir.

Otros términos utilizados en la confraternidad de Narcóticos Anónimos son las reuniones "abiertas" y "cerradas". Nosotros nos recuperamos de forma grupal. Tenemos reuniones de una hora y media, dos horas, dependiendo del formato que el grupo decida hacer. Los grupos también son autónomos, así como la comunidad no tiene afiliación a ninguna otra. En las reuniones compartimos experiencias, nos identificamos. Tratamos de compartir abiertamente nuestras experiencias en un ambiente donde la persona pueda contar lo que no era fácil de contar en otros lados por las apariencias, por las máscaras o porque generalmente los adictos solo contamos las ganadas y no las perdidas cuando consumimos. El tiempo limpio es el tiempo en el que nos abstenemos de todo tipo de drogas. Las drogas son todas las sustancias que alteran nuestro sistema nervioso. No tenemos una postura acerca de la cafeína o el tabaco, pero no hacemos diferencias entre el tipo de drogas. No tenemos una clasificación de drogas pesadas o livianas, sociales o no sociales. Creemos que un adicto a cualquier tipo de drogas genera problemas y termina, indefectiblemente, en forma lenta y progresiva, en cárceles, hospitales o muerto.

SEÑOR G.- Nosotros no entramos en controversia con los medicamentos recetados por un especialista, de tipo psicofármacos. Sugerimos a la persona que siga la prescripción y que no altere el consumo, porque es común que los adictos aumenten las dosis.

SEÑOR N.- El adicto es la persona que posee la enfermedad de la adicción. Para nosotros ha sido beneficioso considerar la adicción como una enfermedad. Tampoco entramos en controversia con otro tipo de planteos sobre la adicción.

Para nosotros, la adicción es una enfermedad física, mental y espiritual. La parte mental es la obsesión, el pensamiento recurrente sobre cómo conseguir y cómo consumir las drogas. Aunque las evidencias de los problemas sean notorias, nuestra obsesión continúa accionando ese mecanismo de excusas. La característica física es la compulsión. Una vez que tomamos contacto con una sustancia no tenemos la manera de parar, de detener por nuestros propios medios el consumo. El aspecto espiritual o emocional es un completo egocentrismo que nos hace seguir consumiendo, más allá de las consecuencias para nosotros, para nuestra familia, para la sociedad. Otra de las características es la sustitución. Muchos de nosotros en nuestras carreras activas, vamos cambiando unas drogas por otras, pensando que las anteriores eran las que nos llevaban a tener más problemas. La mentalidad selectiva es otra de las características de la enfermedad que nos hace pensar que si las circunstancias cambiaran, si las cosas fueran diferentes, podríamos salir, recordando solo los buenos momentos y no cómo terminamos.

El programa de recuperación aplica el valor terapéutico de un adicto que ayuda a otro. En nuestras reuniones no tenemos médicos, policías, psicólogos ni psiquiatras; si los hay que, de hecho, los hay, es porque están en calidad de adictos. Creemos que quien entiende mejor a un adicto es otro adicto por el sentido de identificación. Tampoco entramos en controversia con otros tratamientos de cooperación o complementarios que cualquier integrante de Narcóticos Anónimos pueda elegir. Yo hago seminarios de autoconocimiento y tengo una terapia particular no sé si el señor G la tiene, pero no es algo indispensable.

Nuestro programa es la base de la recuperación. Hemos creado una guía para trabajar en doce pasos, que es un programa de conocimiento personal que se basa en la admisión de que existe un problema, en buscar ayuda que es un paso importante en el profundo autoconocimiento, en un replanteo de nuestra moral, de nuestros defectos y virtudes, y en admitir todo esto frente a otro ser humano. Allí entra el tema del padrinazgo. Nosotros tenemos madrinas y padrinos que son compañeros con los que nos sentimos

identificados o atraídos por cómo llevan su recuperación, y les pedimos que nos ayuden en un nivel más profundo de intimidad, que no se puede lograr en un grupo amplio. Se trabaja particularmente con el programa, se lo puede llamar, etcétera. El programa también se basa en la reparación por los daños causados, que es el tema de las enmiendas. El último paso es el de ayuda a otros adictos, que sigamos pasando el mensaje de que la recuperación es posible para cualquier adicto. El objetivo primordial de Narcóticos Anónimos es llegar a adictos que todavía no conocen esta forma de recuperación.

Nuestra política es de atracción y no de promoción, y se conserva el anonimato para evitar el estigma social y que la persona sea expuesta frente a patrones, familiares, amigos, etcétera. Todavía no está bien visto ser un adicto en la sociedad.

Nos autofinanciamos, lo que es importante. En los grupos pasamos una canasta. El que quiere y puede pone, y el que no quiere o no puede, no lo hace. El dinero que reunimos es para mantener los gastos del salón que alquilamos. Generalmente, alquilamos salones en iglesias o centros comunales, pero no porque tengamos relación con la religión sino porque nos ofrecen salones a menor costo. El dinero sobrante es para mantener literatura disponible en los grupos y para seguir pasando el mensaje con los diferentes comités de servicio que tenemos. Siempre que concurrimos a dar alguna charla, como en este caso, dejamos literatura. Tenemos comités que van a las cárceles y hospitales a pasar el mensaje. Inclusive, hay grupos que funcionan dentro de determinadas instituciones. Ahora hay un grupo en el CNR y grupos ocasionales en el Hospital Vilardebó, en Villa Carmen, en la Colonia Etchepare, que es femenino. Ahora también tenemos una línea telefónica. Todos nuestros servicios están cubiertos voluntariamente por servidores de confianza. En Narcóticos Anónimos no hay cargos, pero sí una estructura de orden, que es votada por nosotros. Yo soy un miembro más. | Asimismo, hay grupos alejados a los que visitamos y les hacemos un seguimiento, un apadrinamiento, acompañándolos para que no estén tan solos y los invitamos a que conozcan el resto de la estructura. NA no es tan solo Maldonado y Montevideo, sino que existe en muchos países del mundo. Por eso, celebramos eventos y campamentos en los que se puede ver que, más allá de que tenemos talleres y paneles y se habla de ciertos temas, nos podemos divertir sin necesidad de droga; sirve de mucha identificación ver esa otra cara de la moneda. Muchos de nosotros pensábamos que la única forma de divertirse era mediante el consumo de alguna sustancia. Por ejemplo, yo no tenía conocimiento de que la gente podía hacer un montón de cosas que yo soñaba hacer, sin consumir.

SEÑOR G.- Mi compañero dijo que no tenemos afiliación a las iglesias a la hora de tomar un local para formar nuestros grupos; simplemente lo hacemos por un tema de costos. Pero debemos incorporar en ese concepto libre que no hacemos distinción de la raza de ningún miembro, no discriminamos por la orientación sexual, por la religión, el credo o la falta de ello. Estamos abiertos a recibir a cualquier persona que esté buscando una solución a su problema, queriendo dejar de consumir drogas; cualquier droga, sin distinción. Ello nos salva de bastantes problemas a la hora de determinar quién puede ser adicto o no, hasta qué punto tiene una adicción que puede constituir un problema y cuándo realmente está precisando ayuda. Cada persona se dictamina a sí mismo adicto o no; no hay ningún test ni evaluación que determine que una persona es adicta. Por eso hablamos de la libertad que tiene el programa. Cada cual decide si sigue viniendo o no; no llevamos ningún registro, por lo que no vamos a seguir a la persona ni a pedirle ningún dato si no lo quiere aportar. En el compromiso de cada uno con la recuperación están las posibilidades que tiene de poder mantenerse abstinente.

SEÑOR AMARILLA.- En primer lugar, agradezco la presencia de la delegación y la disposición a colaborar con su experiencia y aporte. Nosotros habíamos tenido algún contacto y conocimiento con respecto al programa.

A veces, cuando uno intenta abordar este problema, más allá de tratar de entender el fenómeno, el proceso o el problema como lo entendemos algunos, nos vemos tentados a cuantificar qué se está haciendo en la sociedad por ello, para ver qué respuesta está faltando del Estado.

Me costaba entender cómo no tenían datos ni cifras de la cantidad de gente que había pasado por el programa y que se había recuperado, que seguramente son miles o decenas de miles en Uruguay, pero hay que comprenderlo así. Me parece bien. Es un programa que ha funcionado. Personalmente, conozco a cantidad de gente que ha pasado por allí y se ha recuperado.

No han mencionado un aspecto que considero importante que quede sentado en la versión taquigráfica y refiere a lo que Narcóticos Anónimos pide al Estado uruguayo, qué necesita para funcionar más y mejor, continuando con la tarea que están cumpliendo, que me parece fundamental para la sociedad. De alguna manera, nosotros vamos a hacer un informe en el que, sin duda, vamos a referirnos a temas generales, pero tal vez podamos atender algunas medidas particulares, ciertos requerimientos para el poder público; quizás no cuesta tanto y podamos acceder a algunos de los reclamos.

SEÑOR N.- Precisamente, tenemos una copia del mail que enviamos. Lo que se pide se hace en calidad de cooperación, porque Narcóticos Anónimos no pide ayuda, sino que coopera con las instituciones gubernamentales o de cualquier tipo que consideran que Narcóticos Anónimos es benéfico para la sociedad.

Pedimos permiso para fijar cartelería pública en paradas de ómnibus, en ómnibus, en espectáculos públicos, en hospitales, policlínicas, estaciones de servicio, liceos y lugares públicos similares; espacios para anuncios en radio, prensa, televisión y cine; descuentos en pasajes de compañías de ómnibus de larga distancia con la finalidad de seguir pasando el mensaje en las zonas alejadas; un salón para llevar a cabo una reunión pública anual para presentar Narcóticos Anónimos a la comunidad; un espacio semanal en radio para un programa de información pública. Esas son algunas ideas que surgieron.

Aclaro que la colaboración que pedimos es para la gestión y que nos haremos responsables de costear cualquier gasto que implique llevar a cabo nuestro propósito, como la impresión de carteles o la grabación de los anuncios. Nuestro sistema de distribución de una cartelería está bastante limitado a los servidores voluntarios que tengamos muchas veces, hacemos recorridas y vamos por los comunales y por las policlínicas, pero sabemos que resultará mucho más fácil si se reparte por vía estatal.

SEÑOR BAYARDI.- En realidad, por el sistema de integración y de conformación de los grupos, hay una primera cuestión que implica la voluntad del adicto a acercarse a una comunidad de confraternidad llamémosle así, a un grupo de personas que él entiende o percibe que lo van a saber comprender, en la medida en que han pasado por una situación similar. Ese es un poco el esquema.

Obviamente, en la conformación de esos grupos habrá personas jóvenes, mayores y de todos los estratos de la sociedad y de todas las profesiones. El individuo deberá, primero, percibir que está mal y que ocasiona un problema para sí mismo y para su entorno; debe percibirlo, debe tener una primera capacidad: percibir eso y asumirlo. Entonces, teniendo en cuenta la experiencia que tienen en la conformación de los grupos, ¿cuáles han sido las principales sustancias que han visto convocar? Les explico por qué formulo la pregunta. Hay un consumidor que, de acuerdo con su capacidad adquisitiva bien porque la tiene su familia o porque la tiene él, puede acceder a determinado nivel de droga o de sustancia que genera la adicción y hay otros consumidores que tienen muy poca capacidad adquisitiva y deben generar los mecanismos para acceder a la droga que consume. Esto implica una ubicación en la sociedad. Entonces, ¿cuál es el mayor nivel de sustancia que han visto consumir, según los grupos que han conformado? Por otra parte, ¿cómo clasificarían a los que se acercan a los grupos desde el punto de vista del estrato social?

¿Se entiende?

SEÑOR G.- Se entiende.

Para poder llegar a la recuperación, uno tiene que pasar por algo que nosotros llamamos "tocar fondo". Hay casos en los que eso sucede antes y, en otros, después. Hoy en día, suele suceder más temprano de lo que ocurría antes, según el testimonio de los compañeros más antiguos en la comunidad.

El problema es que, como dijimos antes, no hacemos distinción de las drogas, y no siempre se comenta qué está consumiendo cada uno, también por el hecho de no inquietar al resto de los compañeros, porque el simple nombre de la droga puede generar una reacción desagradable en un adicto que está pasando por el síndrome de abstinencia. Tenemos compañeros que vienen de todo tipo de estrato social, que tienen diferentes edades, pero consideramos que independientemente del estrato social del que cada uno provenga la persona termina pasando por fondos similares, por actitudes que determinan que cada uno termine

admitiendo que tiene un problema. Hasta que uno no llega a eso no busca el compromiso de la recuperación; si uno no está realmente harto de la situación, no va a iniciar ese proceso.

Si la duda planteada es con respecto a si hay consumidores de pasta base, debo decir que sí los hay. Por ejemplo, el sábado va a festejar su primer aniversario limpio una compañera cuyo consumo principal era esa droga. También tengo un ahijado que me planteó que no estaba seguro de si iba a poder parar porque venía de consumir esa droga. El mensaje principal de Narcóticos Anónimos es que un adicto, cualquiera sea, puede parar de consumir y encontrar una calidad de vida diferente. Nuestra idea es que, independientemente de la droga de que se trate, va a haber una recuperación.

En Narcóticos Anónimos hay consumidores de todo tipo de drogas. Quizás una droga que genera una necesidad de detenerse antes en el consumo, pueda ayudar a la persona a asumir el compromiso de recuperación, pero al mismo tiempo es algo que la retrasa debido a que es muy difícil de salir. A una persona que no haya consumido de una forma tan profunda le puede resultar más fácil pasar el síndrome de abstinencia pero, al mismo tiempo, no se le genera tanto compromiso. Es algo que va en cada persona.

SEÑOR N.- Me gustaría ampliar el horizonte de los cuarenta o cincuenta grupos que hay en Uruguay y que piensen que Narcóticos Anónimos es una confraternidad mundial que actualmente funciona en 135 países en el mundo. Además, toda nuestra literatura ha sido escrita por adictos, para adictos, está en constante revisión y siempre se está ampliando, se están descubriendo nuevas formas de tratamiento o de recuperación y se están planteando experiencias nuevas.

Hasta el día de hoy Narcóticos Anónimos funciona para personas de cualquier edad que consuman cualquier tipo de drogas. Lo que nos hace adictos no es la droga sino la enfermedad de la adicción.

Otra cosa importantísima es la información. Lo que hacemos es tratar de informar, que la persona no tenga necesidad de llegar tan abajo, que vaya a un grupo abierto o cerrado, en calidad de adicto o de oyente, que se entere que existe Narcóticos Anónimos, que le llegue una literatura, que se dé cuenta que nuestra comunidad puede llegar a ser la horma de su zapato. Lo que hacemos es tratar de difundir la visión o la índole de nuestra comunidad.

SEÑOR FERRERO.- Muchas gracias por su presencia; son gente joven de los invitados que hemos recibido son los más jóvenes y eso tiene doble valor.

¿Ustedes han percibido qué droga provoca más daño social? Hay determinadas drogas que se manifiestan en la sociedad con mayor agresividad; siempre se asocia a las drogas como las responsables de lo que hoy está pasando, de la violencia, etcétera. ¿Esto realmente es así? Porque hay determinado tipo de drogas que, por su constitución, por su accionar, provocan distintas reacciones, algunas son depresivas, otras activas. ¿Tienen alguna experiencia en esto?

SEÑOR N.- Esa no es la temática que aborda Narcóticos Anónimos. Nuestra comunidad se limita a tratar la recuperación de la enfermedad de la adicción. Entiendo que esos son temas muy interesantes, actuales y no tan actuales, y que podrían brindarnos una temática importantísima de debate, pero tenemos demasiado ya con esto, por ahora.

SEÑOR FERRERO.- Yo basé mi pregunta en la experiencia que tiene Narcóticos Anónimos. Sería un dato muy importante para nosotros tener esa información ya que tenemos que empezar a profundizar sobre el tema. La droga provoca varios problemas: la adicción, la enfermedad, pero también las consecuencias sociales, tanto domésticas como públicas.

Simplemente, supuse que Narcóticos Anónimos, por el contacto permanente que tiene con las drogas, por su experiencia en este campo y aunque no sea su materia específica la que yo pregunté, podría tener alguna apreciación sobre ese tema, podría haber establecido alguna correlación entre el tipo de droga y el tipo de delito.

SEÑOR N.- No, realmente no hacemos ese tipo de investigación. A nivel personal, en el ambiente en que nos reunimos hay un amor entre nosotros que a veces se nos escapa que falta alguna cosa. A veces

nos enteramos que alguno recayó y terminó preso o se pegó un tiro, pero no hacemos un seguimiento tan personalizado como para saber cuál es la causante de todo esto. Vivimos en un mundo de consumo donde la gente siente que necesita cosas que en realidad no necesita.

Nosotros tenemos un programa espiritual para meternos para adentro y descubrir qué queremos de nosotros y qué queremos dar a los demás, pero es un tema personal; el trabajo del programa simplemente es sugerir.

SEÑOR G.- En Narcóticos Anónimos lo único que podemos ofrecer con respecto a las drogas es detener sus consecuencias. No hacemos una identificación de lo que puede llegar a causar cada tipo de droga. Consideramos que un adicto consumiendo drogas ya es peligroso en sí y no por la droga que consuma. Para nosotros, cualquier droga que consumamos nos genera una reacción que es la adicción misma y eso es lo que nos lleva a hacer las cosas y no la droga que deseemos consumir o que estemos consumiendo. Por eso, en nuestro trabajo, el primer paso que damos es decir: "Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción y que nuestra vida se había vuelto ingobernable". No decimos que admitimos que nos habíamos vuelto impotentes ante las drogas.

Justamente, el problema que estamos tratando de abarcar es la adicción. El primer paso dentro de la confraternidad es dejar de consumir drogas para luego iniciar la recuperación. Por ese motivo siguen asistiendo compañeros que llevan decenas de años limpios: por el hecho de que están enfrentando una enfermedad que es la adicción, que se manifiesta de varios modos dañinos.

SEÑOR FERRERO.- Gracias.

SEÑOR N.- El egocentrismo se puede presentar a diferentes niveles y llevarnos a crear diferentes necesidades y salir en busca de ellas a manera como decimos nosotros de obsesión.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les voy a hacer una pregunta capaz que muy personal, pero es para aprender.

Ustedes decían que para empezar el camino tienen que llegar al fondo. Una vez que llegaron a ese punto, mi pregunta es qué los llevó a vincularse a Narcóticos Anónimos, por qué lo hicieron o qué los atrapó.

SEÑOR G.- ¿Por qué Narcóticos Anónimos? En primer lugar, yo intenté parar por mi cuenta de varias formas: visité médicos, traté de dedicarme a una vida más sana, hacer deportes, buscar amigos que no consumieran drogas, pero llegó un punto en el que necesitaba ayuda de verdad. En Narcóticos Anónimos encontré, justamente, a un adicto ayudando a otro, a gente que me entendía, que claramente había pasado por lo que yo pasé y que me mostraba en ese momento que tenía una vida mejor, que se podía reír, que podía disfrutar. Yo había llegado a un punto en el que consideraba que ni siquiera era posible reír sin consumir drogas. Me planteaba el hecho de dejar de consumir y me era imposible; me era imposible, simplemente, idear cómo iba a ser mi próximo día sin consumir drogas.

Yo trabajaba y estudiaba; tenía una vida tal que nadie podía sospechar que pudiera consumir drogas, más allá de las personas que me conocían.

Actualmente, sigo siendo anónimo para mi familia. Cuando me iba a trabajar a las seis de la mañana iba fumando, consumiendo drogas.

Cuando llegué a Narcóticos Anónimos, una veintena de personas que estaban en el salón sin consumir drogas me contaron que habían estado igual, peor o mejor que yo, pero habían pasado por lo que yo sabía, que no era el consumo de drogas en sí, sino por ese dolor, porque yo pensaba que todo el mundo consumía alegremente y que yo tenía un problema; quería dejar de consumir y no sabía cómo hacerlo. Me demostraron que había más personas que tenían esa misma sensación y que habían logrado dejar de consumir.

SEÑOR N.- Es tan fácil contestar estas cosas así y para los demás es tan difícil de entender.

Creo que la experiencia de libertad y de crecimiento que me plantea Narcóticos Anónimos, no la tuve nunca voluntariamente con las drogas. Yo no me drogué para terminar en Narcóticos Anónimos, ni para terminar hablando con ustedes ni internado, como terminé, en un psiquiátrico. Tampoco nunca me planteé dejar de consumir; para mí estaba en lo correcto: yo era divertido, tenía onda y estaba buenísimo consumir. Era lo que sabía hacer mejor; me conseguía amigos con quienes cada vez consumíamos más y variado. Nunca tuve que robar, salvo en mi casa de algún monedero de mi madre o alguna pavada. No tuve esos grandes llamados de atención con las drogas. Sin embargo, nunca logré alcanzar esa libertad que quería, esa rebeldía; no llegaba al objetivo deseado.

Esto es como dicen las viejas: "El mundo de las drogas", y es cierto, porque las drogas son un mundo. Por ejemplo, vengo a esta reunión, empiezo a mirar quién se droga y me voy a juntar solo con los que se drogan, porque los demás para mí son idiotas, no son vivos como yo, que tengo la picardía de drogarme. Al final, te vas juntando solo con esa gente. Después la negación es tan fuerte que todas las cosas que quería hacer las ninguneaba. Por ejemplo, veía a un tipo normal, trabajando, vestido de traje y me decía: "Mirá este idiota; tiene que trabajar. Yo no trabajo; soy un vivo bárbaro". Y otra: "Mirá este gil que va con el bolso para el club". Sin embargo, yo quería hacer eso, porque había dejado el deporte; había comenzado a perder.

En Narcóticos Anónimos me di cuenta que quienes estaban ahí no eran aburridos, no eran unos bobos, que se divertían, que vivían su vida con más libertad, que podían ir a los lugares que querían y volver a la hora que querían, juntarse con quien querían, acostarse con quien querían, vestirse como querían y se sabían vestir, si tenían la necesidad. Digo esto porque a mí me decían que me vistiera de determinada manera y yo lo hacía de otra, por gusto, sin saber ni por qué. Las drogas me quitaron capacidad de elección.

Hasta ahora sigo experimentando ese crecimiento y esa libertad por mí, porque quiero, porque ningún compañero me viene a decir qué tengo que hacer, sino que me dicen: "A mí me funciona esto", "Yo lo hago así", "Narcóticos Anónimos funciona; vení mañana", "Vos te preguntás por qué la luz, las partículas y las moléculas; no. Prendés la luz y ya. Entonces, si mañana no te drogaste, vení y contanos cómo hiciste. Vas a ayudarte a vos y me vas a ayudar a mí". De eso se trata, de la atracción.

Hasta ahora sigo atraído por compañeros que llevan mejor la recuperación que yo, que veo que disfrutan más de la vida. También tengo un montón para dar a compañeros que recién empiezan, desde el ejemplo, porque el adicto es la peor persona a la que se le puede decir qué tiene que hacer.

Ese tipo de libertad funciona, y puedo asegurar que hasta en los casos más críticos, de gente que tendría que estar internada, pero a la semana ya le cambia la cara.

Narcóticos Anónimos funciona.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agracemos muchos los aportes de quienes representan a Narcóticos Anónimos, y la Comisión queda a las órdenes.

(Se retiran de Sala los representantes de Narcóticos Anónimos)

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Amarilla)

(Ingresan a Sala representantes de la Fundación Manantiales)

—— La Comisión tiene el agrado de recibir al licenciado Ruben Vader, Director del Equipo Terapéutico de la Fundación Manantiales, y al señor Juan José Aboy, Director de Relaciones Institucionales.

Como se sabe, esta Comisión fue creada por la Cámara de Representantes para realizar un informe sobre las adicciones y su impacto en la sociedad uruguaya. Recibimos a delegaciones vinculadas con el tema y en la medida de lo posible trataremos de abarcar, antes de fin de año, a todo el sector público y parte de las comunidades que están trabajando en esta temática.

Agradecemos su disposición a colaborar.

SEÑOR ABOY.- En nombre de la Fundación Manantiales agradecemos la invitación y la posibilidad de presentar nuestro trabajo. Más allá de que tal vez se conozca la institución de nombre o por algún informe televisivo o radial, nos gusta presentarnos personalmente.

Previamente, quisiéramos conocer el objetivo del trabajo de la Comisión, es decir, si a partir de estas entrevistas se elaborará un proyecto o se modificará la legislación en la materia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lo que dispuso la Cámara de Representantes fue que esta Comisión realizara un informe, que podría derivar en modificaciones de la legislación, o no, o en sugerir políticas especiales al Poder Ejecutivo; todavía no se ha decidido.

La Comisión tiene que elaborar un informe y por eso queremos saber qué está pasando en la sociedad uruguaya, es decir, quién está trabajando, cómo, con qué objetivo, con qué resultados, qué dificultades existen, etcétera.

SEÑOR ABOY.- Fundación Manantiales es una entidad binacional que está en la República Argentina y en la República Oriental del Uruguay. Estamos trabajando desde 1995 y en este momento tenemos una cede central en Montevideo, en la calle Bulevar Artigas y Canelones, donde se realizan los tratamientos ambulatorios y funciona una comunidad terapéutica urbana. Esta comunidad está dirigida, principalmente, a adolescentes a partir de los 14 años y jóvenes, a quienes se les realiza psicodiagnóstico y el equipo técnico evalúa que lo mejor es que no estén tan apartados sino en más contacto con la sociedad. Ese centro de internación es mixto, y resulta importante aclararlo.

A la vez, tenemos una chacra de internación de cuatro hectáreas en Avenida de las Instrucciones y Belloni. En ese centro solamente se atienden varones, y les cuento por qué. Se trata de un terreno muy grande y la persona con este tipo de patologías es transgresora o ha llegado a transgredir muchas veces, y como no queremos que se genere ningún tipo de suceso indeseable y el predio es muy grande para controlar, tratamos de derivar a las gurisas a la sede de Bulevar Artigas.

Realizamos dos tipos de tratamientos ambulatorios: uno diferencial y un centro diurno. El resto de los pacientes están en la parte que se llama de reinserción social, que actualmente es donde tenemos más cantidad de pacientes.

El proceso de internación lleva, aproximadamente, entre diez y catorce meses. En ese período el individuo identificado, además de tener terapias grupales de lunes a viernes, tiene terapia familiar cada quince días y terapia individual. ¿Por qué terapia familiar? Porque se toma al joven, a la persona o al adicto por llamarlo de alguna manera como el emergente de una situación familiar y se considera que el problema no es solamente él sino también su familia. Además, cuando este joven vuelva a su casa no tiene que haber cambiado solamente él sino que también deben haberlo hecho las redes, la contención y los vínculos con su familia, para hacer posible una reinserción social favorable.

Luego de ese proceso de entre diez meses y un año se pasa a la reinserción social fase A. En ella el joven solamente realiza tareas administrativas de 9 de la mañana a 18 horas en nuestra institución además de seguir con terapia grupal, individual y familiar, y comienza a buscar trabajo y a retomar los estudios. Es decir que se trata de que retome el vínculo con la sociedad y corte el vínculo con la institución, porque la idea no es que la persona quede institucionalizada. Luego de esos dos meses, si el equipo terapéutico evalúa que la persona está haciendo los procesos indicados, pasa a la fase B, en la que solamente concurre a terapia grupal, familiar e individual. En esta instancia de reinserción social que también dura un año o entre diez y doce meses es donde tenemos la mayor cantidad de población.

En este momento la Fundación Manantiales está atendiendo entre 120 y 130 personas directamente, como pacientes identificados, lo cual multiplicamos por tres o cuatro, porque atendemos a la padre, a la madre, al hermano, a la novia, al amigo. Nosotros ofrecemos grupos de padres, de amigos y de novias y esposas, porque son distintas las realidades que van a vivir en función de la persona que consume. Entonces, tratamos de que las redes que la persona tenga al momento de salir sean lo más efectivas y terapéuticas posible.

Fundación Manantiales es una institución privada, que tiene convenio con INAU desde 1997. Este convenio es para cincuenta cupos, de los cuales en este momento tenemos aproximadamente 25 o 27. Además, la institución se financia con un fondo becario propio o con el pago de la mensualidad de la familia. Se dan becas totales y la mayoría de las personas obtienen becas parciales.

SEÑOR VALDER.- Como ya se comentó cómo funciona la institución voy a contarles por qué se hace lo que se hace.

Fundación Manantiales toma el modelo de la comunidad terapéutica porque para nosotros esta es una institución social que permite contribuir a que el sujeto adicto resuelva la conflictiva situación del pasaje de la infancia a la adultez que no pudo resolver adecuadamente en su grupo familiar original. Entonces, la internación en la comunidad terapéutica, acompañada de estos tratamientos individuales, familiares y grupales, permite solucionar la conflictiva que no pudo resolver adecuadamente en la adolescencia. El niño, para su pasaje al mundo adulto, debe tramitar el ingreso a la vida sexual, el cambio en el cuerpo infantil, entrar en el mundo el trabajo, de las responsabilidades, y como todos sabemos todas estas circunstancias representan una etapa crítica de la adolescencia que cuando no es resuelta adecuadamente, produce, entre otros síntomas, la aparición de adicciones. Esa es nuestra perspectiva.

Todo esto demuestra que hay un desfallecimiento de la función paterna, que es aquella función, ejercida por el padre o la madre, que tiene que ver con la contribución al proceso de emancipación del sujeto. Esa función se encuentra fallida porque frecuentemente el mundo adulto no asume su responsabilidad de orientar a ese hijo en cuanto a qué tipo de conductas son correctas y cuáles no, o cuáles son las conductas típicas del varón y cuáles de la mujer. De alguna forma, la figura parental dimite de su función porque no regula adecuadamente lo que le es permitido o no al niño. Algunos ejemplos son el manejo de los horarios, de la alimentación y de los vínculos, y como las figuras adultas dimiten, los chicos solos toman decisiones.

Es claro el ejemplo que hemos escuchado muchas veces del chico adolescente que tiene trece o catorce años, que quiere comenzar a salir con chicas y su padre trabajador no tiene tiempo para hablar con él o no se le acerca para decirle cómo abordar a una chica. Él quiere hacerlo y ve que los chicos en la esquina tienen una moto, buena ropa, están acompañados por chicas y, además, están consumiendo drogas, y eso le gusta. Mira a su padre, lo ve aburrido y cansado y no le parece un modelo adecuado para ser hombre porque entiende que ser hombre, ser inteligente y saberse manejar es hacer lo que están haciendo los de la esquina. Ellos sí gozan de la vida, disfrutan y saben cómo es. De esa forma se va metiendo en eso. Quiere entrar en ese grupo de pares, eso le permite el acceso a la sexualidad y conocer personas del otro sexo. Hay que tener en cuenta que está en la adolescencia y tiene una necesidad de ejercer la sexualidad, de sentirse hombre, de saber de qué se trata eso, y si los adultos no están adecuadamente preparados o no saben cómo canalizar eso, el proceso fracasa. Así los chicos se hacen alcohólicos o adictos y, como consecuencia, vienen las otras conductas transgresoras, los delitos. Porque después tienen que conseguir la droga y ven que esos que están en la esquina son más vivos porque no trabajan y, sin embargo, tienen plata y mujeres. Al mismo tiempo, ven que el padre llega cansado, es un amargado y está mal. Eso no les sirve como modelo; los que sirven son los que están en la esquina, que son flor de vivos. Así empiezan a robar. Piensan en salir a ganarse lo suyo "como un hombre", de una manera que nosotros consideramos que no es la correcta pero que ellos piensan que es la que deben seguir los hombres para ganarse la vida y ser respetados por las mujeres y por los otros hombres. De esta forma empieza un ciclo que es una convocatoria a que el adulto le ponga un límite. Sin embargo, los adultos muchas veces ni se enteran.

Siempre me viene a la mente un ejemplo. Es el de un muchacho de una familia humilde que ya tenía 25 años, trabajaba de día, robaba de noche y se drogaba. Hacía una doble vida, que es algo muy frecuente en estas personas hasta que decaen definitivamente. En este caso, cuando se le acababa el dinero los primeros días del mes la madre, para que no perdiera el trabajo, le daba la plata del boleto y se iba en la bicicleta. No había ninguna figura adulta que le dijera "Sinvergüenza, si te estás drogando y estás robando, ¿cómo tu madre va a ir en bicicleta y tú en ómnibus para no llegar tarde?". Estas son las cosas que se corrigen en la comunidad terapéutica porque hay horarios, figuras que tienen que ser respetadas y no es posible estar de vivos. Paulatinamente, tiene que darse un proceso de asunción de responsabilidades que tiene mucho que ver con la autoayuda.

El modelo que manejamos es heredero de la comunidad terapéutica de Daytop Village, de Estados Unidos y forma parte de la corriente de los grupos de autoayuda que abrevaron en Alcohólicos Anónimos y en

Narcóticos Anónimos. Este modelo tiene la virtud de que integra el conocimiento de técnicos que poseen un saber sobre ciertas cosas; en cambio, los grupos de autoayuda, por estar integrados por los propios consumidores, si bien realizan una cura por la palabra, tienen limitaciones. El modelo se fortifica cuando cuenta con la ayuda de la persona que tiene la experiencia de haber vivido la adicción y se ha rehabilitado y con los técnicos que, cuando se apoyan en las teorías adecuadas, logran un nivel de eficiencia en sus intervenciones mucho mayor que un neófito en los procesos psicológicos involucrados. De esta forma se pueden realizar intervenciones más eficaces que las de una persona que solo tiene la experiencia de haber vivido el proceso como adicto, salvo que se forme específicamente en la disciplina

La comunidad terapéutica busca que el sujeto pueda asumir paulatinamente responsabilidades. Hay varios grados: residente, coordinador, orientador; y de acuerdo a cómo evoluciona, se le van dando esos cargos. Paralelamente, en este proceso conductual, tiene sanciones si no cumple. Hay una reglamentación lo que denominamos "las tablas de la ley", un horario y tareas que se deben cumplir; de lo contrario, hay una sanción. Esa es la función del padre, que es lo que ha fallado en estos casos. Hay un desfallecimiento de la función paterna que tiene explicación en los procesos sociales que se viven, cuya discusión no tiene lugar en este momento, aunque sería muy enriquecedora.

Muchas veces, para ilustrar estas cosas, en la comunidad pasamos películas. Una de ellas es "Rebelde sin causa", una película de 1954 con James Dean que tiene un guión brillante que muestra exactamente lo que les estoy diciendo. ¿Qué reclama el personaje de James Dean a su padre? Que le diga qué es ser un hombre, cómo lo tiene que hacer y que le ayude a decidir frente al desafío de sus compañeros. Él muere un tiempo después por exceso de velocidad y también se drogaba y alcoholizaba. Ese tipo de conflicto familiar es a lo que nos enfrentamos cotidianamente en el tratamiento de adictos. Si ven la película, lo van a entender.

En la comunidad terapéutica la persona se va haciendo responsable y analiza estos conflictos, la relación con sus padres hasta que llega el punto, si todo sale bien, en que la persona piensa: "Soy un cretino. ¡Cómo voy a mandar a mi madre en bicicleta mientras voy en ómnibus si me gasté ayer la plata en drogas!". Hay una revisión ética y la persona se va corrigiendo en ese sentido porque encuentra mayor satisfacción en el respeto de la legalidad, de la ética y de sus padres. Se siente mucho más hombre si él toma la bicicleta que si viaja en ómnibus. Por ahora estamos en la situación de que "soy más vivo si consigo sacarle plata a mi madre y viajar en ómnibus". Nosotros tenemos que lograr que él tome la bicicleta y que su madre vaya en ómnibus.

SEÑOR ABOY.- Quiero aportar un dato. Venimos observando un aumento en la asociación entre el consumo de drogas y el aumento de gurises que cometieron delitos. Tenemos estadísticas internas. Cuando los muchachos llegan les preguntamos si han cometido algún tipo de delito dentro o fuera del hogar. Consideramos delito robarle la plata a los padres o vender un electrodoméstico. Para nosotros, esa es la primera alarma. Actualmente, más del 75% de los 130 que mencionamos ha cometido algún delito.

Por eso, para nosotros la comunidad terapéutica es como volver a enseñarles a vivir, es como una familia, porque hay normas, hay una autoridad el equipo terapéutico, el operador y hay que hacerse cargo de cada responsabilidad. Les voy a hacer más gráfico lo que significa un día en la comunidad. Hay que levantarse a la hora 7 y 30 los que van a preparar el desayuno se levantan a las 7, higienizarse, desayunar todos juntos y hacer un grupo de compromiso por el día. Luego cada uno se dedica a un área: mantenimiento, jardinería, animales, orden de la casa, pintura o cocina, porque hay que preparar la comida para los cuarenta muchachos que están ahí. Luego del almuerzo, descansan; dos veces por semana tienen gimnasia y yoga. Todos los días participan del grupo terapéutico. Después tienen una etapa de descanso, en la que comparten, juegan al ping-pong o a lo que quieran. Manantiales tiene un régimen normativo; quizás algunos señores Diputados conozcan la institución. En la comunidad somos un poco duros, porque si bien las personas tienen una patología y están enfermas, no son unos niños de pecho. Tenemos que evaluar eso; debemos tener una norma firme, clara. Manantiales es una institución de puertas abiertas. Si bien tenemos argumentos para lograr retener a una persona, no lo podemos hacer por la fuerza ni ponerlos detrás de rejas. Un tema que trabajamos mucho con el INAU es el hecho de hacer un diagnóstico previo a los chicos que nos van a derivar, porque algunos, lamentablemente, no son para nuestro centro. No los podemos atender, no porque no sepamos, sino porque tenemos que cuidar al resto de los chicos.

SEÑOR VALDER.- El enfoque nuestro promueve y apunta a la abstinencia total del consumo de drogas y alcohol. Hay algunas corrientes, otro tipo de concepciones, que entienden que de alguna

manera es legítimo como experiencia para los sujetos el consumo de drogas inclusive, algunos lo entienden como parte de los cambios en los procesos rituales que tienen que ver con esto que decía hace un rato del pasaje de la infancia a la adultez, aceptar la declinación de la autoridad paterna y del saber paterno, porque es algo que está pasando, y los chicos encuentran en su grupo de pares gente que legítimamente les va explicando cómo se tienen que drogar, y que es bueno ayudarlos a que se droguen, pero bien. Nosotros eso no lo compartimos para nada. Es más, creo que es de una gran irresponsabilidad. Todos hemos discutido este tema en distintos niveles de profundidad, y de las formas más simples hasta las más complejas de soporte teórico de este tipo de concepción. ¿Por qué no lo compartimos? Porque si un adolescente consume marihuana, es probable que pueda devenir en un proceso en el que se transforme en un adicto. Puede que no pase. Es más, el porcentaje es mínimo: de cien adolescentes que consumen marihuana, probablemente siete devengan en adictos propiamente dichos, pero yo no le daría una pistola a mi hijo para que juegue a la ruleta rusa, a ver si sale la bala. Esa prueba no la hago. Pero no solamente por eso, sino porque si la persona está consumiendo, es porque en la adolescencia está teniendo un conflicto que no está interpretando adecuadamente y maneja de esa manera. Me refiero al conflicto que implica la entrada al mundo adulto. El adicto necesita ayuda de parte de los padres y, eventualmente, de los técnicos. No es que esté haciendo un ritual de pasaje, esto es una perversión del ritual del pasaje. Como decía hace un rato, el adicto puede terminar viendo que para ser adulto tiene que ser ladrón, lo que lo haría hombre. Por eso no compartimos para nada la idea del consumo responsable.

Creemos que hay leyes y reglas que tienen que ser respetadas y que es válido que existan. Todas las culturas tienen prohibiciones y sustancias prohibidas, aun las culturas indígenas antiguas, que usan las drogas desde épocas milenarias, pero bajo la guía de personas especializadas por ejemplo, los brujos de la tribu, y bajo estrictas normas. Si alguno leyó el libro "Las enseñanzas de Don Juan" podrá recordar al antropólogo haya sido real o no que durante años estudió lo que el brujo le iba diciendo en cuentagotas sobre cómo usar la sustancia y manejar los efectos. Pero hay una cosa que es fundamental. El uso de las sustancias en la cultura indígena integran al sujeto además de que se hace bajo circunstancias y rituales y una guía muy especiales a la sociedad. En cambio, este tipo de cosas separa, margina al sujeto consumidor de pasta base de la sociedad; no se integra, no se hace hombre aunque él lo crea, y no lo vamos ayudar diciéndole que consuma marihuana en lugar de pasta base, porque esta última es euforizante, y la marihuana lo deprime. No hay punto de comparación. Además, ese sujeto necesita ser ayudado de otra forma, tiene que crecer, madurar y hacerse hombre, enfrentando las dificultades de la vida normal.

Tengo aquí un material que sintetiza todo lo que dicho. Hay un texto de Rudyard Kipling que se llama "La puerta de las cien penas". Hay un relato de un opiómano de lo que sería actualmente una boca de pasta base, que cuenta lo que le pasa al sujeto.

SEÑOR ITURRALDE VIÑAS.- La Comisión tiene visiones diversas sobre la utilización de la marihuana en los tratamientos. Me gustaría que ahondaran sobre ese tema, ya que es de interés para nosotros el enfoque que ustedes tienen, ya que vemos con mucha atención esa posibilidad.

Les agradezco mucho por su presencia. Conozco toda la actividad que realizan. He estado en la presentación de algunas películas de ustedes e, inclusive, en alguna entrevista.

SEÑOR VALDER.- Es irresponsable la recomendación del uso de la marihuana, porque el sujeto está transitando un conflicto para el cual necesita otro tipo de ayuda, y no la sustitución de una droga por otra. Necesita ser ayudado en su crecimiento personal, en la resolución del conflicto fallido del pasaje de la infancia a la adultez, que no resolvió. Tiene que aprender a ser hombre, a ser mujer, a resolver los conflictos que tienen que ver con el trabajo, a ganarse la vida, y no a drogarse con éxito que, además, en este tipo de casos, fracasa, porque la persona va a seguir consumiendo, y no va a enfrentar los verdaderos conflictos que tiene que enfrentar.

Además, el consumo de marihuana puede producir el desencadenamiento de procesos psicóticos. Esa es otra faceta. Le estaríamos recomendando a una persona que consuma una sustancia sin saber realmente qué es lo que le está pasando, y el uso de esa sustancia podría inducirlo a un tipo de desequilibrio psíquico.

SEÑOR ZÁS FERNÁNDEZ.- Agradezco la presentación.

En primer lugar, quisiera conocer el porcentaje de personas recuperadas y el costo del tratamiento. Por otro lado, de lo que ustedes dijeron se desprende que no estarían de acuerdo con la legalización de la marihuana, y creo que la pregunta del Diputado Iturralde Viñas apuntaba a eso, no tanto a si existía la posibilidad de que se recomendara esa sustancia para sustituir el consumo de otra.

SEÑOR ABOY.- Voy a empezar por lo último. Fundación Manantiales no está de acuerdo con la legalización de la marihuana. Ruben comentó algo acerca de la sustitución, porque uno de los argumentos que muchas veces se usa es emplearla como droga sustitutiva de otra sustancia.

Yo soy ex adicto; no tengo problemas en decirlo. Consumía cocaína y no me gustaba la marihuana; me podían dar marihuana jamaiquina, que no era para mí. Conozco las cosas desde adentro, tengo más de 15 años de trabajo y veo a los gurises; sé que el consumidor de marihuana tiene una personalidad distinta de la del consumidor de pasta base.

Me imagino que después la marihuana se va a vender en los quiosquitos, a mayores de 18 años, pero mercado ilegal seguirá habiendo. Hay mercado ilegal de cigarrillos; cualquiera va a una feria y encuentra mercado ilegal de cigarrillos y de whisky. En lo personal, no es un argumento válido porque, lamentablemente, es un gran negocio.

Creo en apostar a la prevención en los colegios y liceos. Hablemos de esto en la escuela; pongamos un programa en la "Ceibalita", pero no con el mensaje "No a la droga", sino que informe por qué hace mal el consumo de marihuana. Hay gurises de 12 años que lamentablemente ya están consumiendo, y no hablo de barrios marginales ni de las afueras de Montevideo; esa es una gran falacia.

Con respecto al tratamiento les puedo decir que el de internación tiene un costo mensual de unos $ 20.400. Creo que solo entre el 15% y el 17% de las personas que están internadas pagan ese monto. Los tratamientos ambulatorios cuestan entre $ 7.000 y $ 10.000. La reinserción social automáticamente vale la mitad de lo que la familia esté pagando. Aclaro que muchas familias están becadas, como dije más temprano. ¿Y cuándo se da una beca? Por ejemplo, cuando viene una familia trabajadora que quiere que su hijo se recupere, pero no puede pagar $ 20.000, se le pide que presente una nota es una especie de declaración jurada, pero sin contador ni escribano en la que consten los ingresos y egresos promedio. Lo hacemos porque muchas veces otorgamos becas y después nos enteramos de que la familia podía pagar el total. El Consejo evalúa la situación y las ganas que tenga el gurí. Muchas veces, para dar becas totales medimos el grado de compromiso del muchacho. Para eso, antes de que comience el tratamiento lo hacemos venir tres veces por semana a charlar con nosotros, porque si vamos a darle una cama queremos que realmente la aproveche.

Estos son los costos. De todas maneras, con gusto puedo hacer llegar al Secretario un informe de los costos y de la cantidad de becas, porque eso hace más transparente la cosa.

Hay algo que para nosotros es brillante: el convenio con INAU. Este convenio permite que INAU nos derive casos o que nosotros le derivemos, por ejemplo, en el caso de una familia que tiene un hijo menor con esta problemática, pero no tiene medios para afrontar un tratamiento. En ese caso, el muchacho es visto por Estudio y Derivaciones y vuelve a Manantiales o va a Dianova o a alguna otra institución que también tenga convenio con INAU.

En cuanto al porcentaje de recuperación hay que ser muy cuidadosos, porque lo consideramos a partir de que la persona termina el tratamiento, luego de esos dos años. Hoy por hoy andamos en un 64% o 65% de efectividad.

Es importante señalar que hay otro porcentaje, que es el de aquellos que tal vez recaen. Por ejemplo, le picó el bichito de la rehabilitación y tal vez busca otra institución o vuelve a Manantiales, pero no a hacer un proceso largo, sino un mantenimiento o a una terapia individual. Eso ya no lo podemos medir; podemos medir la recaída o el abandono del tratamiento, que también es importante. Hay abandono del tratamiento; no todos los gurises se quedan. De todos modos, andamos en un 64% o 65% de efectividad.

SEÑOR VALDER.- Quiero insistir con la idea de por qué es irresponsable el tema de la legalización. Los 130 muchachos que están internados empezaron consumiendo marihuana. Es cierto que la gran mayoría de los que consume no va a devenir propiamente en una adicción, pero uno no puede soslayar

que el sujeto que consume tiene un conflicto que no está resolviendo. Para los padres de esos 130 muchachos el mensaje de que está todo, bien, es legal, es como el Agua Salus, es falso. Y no se trata de la sustancia en sí; este es el gran problema: hay que sacar el tema de la sustancia, hay que correrlo un poquito del foco para ver que la cuestión está en la problemática familiar. Si su hijo adolescente está fumando marihuana es porque le está pasando algo: escúchelo, atiéndalo. Tal vez no devenga en un adicto propiamente dicho, pero la está pasando mal, tiene una crisis en su adolescencia como hemos tenido todos, pero quizás la esté pasando peor de lo habitual y necesita ayuda. Aunque en ese momento él crea que está haciendo fotosíntesis, que se está evadiendo o como sea que lo nombren en su jerga, está mal y no se da cuenta. Nosotros lo vemos después, cuando preguntamos y advertimos que los 130 empezaron fumando marihuana.

Hoy me contaban: "Mamá me dijo: 'Bueno, para que no hagas bandidiadas plantate la plantita en el fondo. Mamita te la cuida, te la riega". Después ese muchacho es un delincuente que a otra señora, que es igual que su madre, la da contra el piso para robarle el monedero. El que tomaba leche chocolatada, al que mamita le plantaba la plantita, si te agarra en la calle te pica como a un queso. No en todos los casos pasa eso, pero se da en muchos, y si a uno le toca en su familia conoce el infierno, la puerta de las cien penas se abre para uno.

Entonces, desde mi punto de vista no es para nada responsable la legalización. No se puede decir: "Jueguen a la ruleta rusa, miren que no están puestas todas las balas". Pero, ¿y si les sale? No podemos decir: "Jueguen, nomás, tranquilos". Yo no se lo diría a nadie; no lo hago con mis hijos. No me parece responsable decir: "Jueguen, si igual tiene solo una bala".

SEÑOR BAYARDI.- Voy a hacer algunos comentarios.

El consumo de marihuana es legal en nuestro país; en realidad, no está penado ningún consumo. Aquí se introdujo una casuística modélica desde el punto de vista del desarrollo de la autoridad, y yo creo que deberíamos remitirnos más a la falta de valores que permitan al adolescente ir encuadrando sus alternativas de salida, que van a ser diversas, plurales.

Yo soy de la generación de "Woodstock"; era un niño de 13 años en aquel momento, en el que se hablaba muy naturalmente del consumo de marihuana, pero yo no sabía lo que era. Eso estaba potenciado por la generación del 68, que fue de explosividad y cambios conductuales, musicales, culturales y de todo tipo. Se estaba rompiendo un modelo, y hubo niveles de consumo generales que no solo se remitían al ejemplo que el licenciado planteaba. Yo conozco muchos consumidores, con respecto a cuyos padres uno tendría la idea de que eran triunfadores, con autos deportivos, muy cancheros. Esa es la imagen que tenían los que estaban del otro lado, es decir, aquellos cuyos padres se levantaban a las seis de la mañana y trabajaban todo el día. Ellos veían a esos otros padres cancheros, que inclusive llegaban a tener buen nivel de interlocución con sus hijos siempre visto desde afuera, pero sus hijos terminaron vinculados al consumo, aunque no necesariamente a una adicción problemática. Comparto que no todos los consumidores terminan siendo adictos problemáticos; solo un sector termina siéndolo. Digo esto porque el encare de la causalidad es plural y diverso y seguramente el encare con que uno se enfrenta a las drogas también es diverso. Por ejemplo, esta mañana, uno de los invitados decía lamentablemente, llegué tarde con respecto a la marihuana que podía provocar alteraciones de distinto tipo en los jóvenes y que había bibliografía al respecto. Efectivamente, existe bibliografía, pero creo que el problema preexiste al enfrentamiento con la droga; es preexistente al encuentro con la droga.

SEÑOR ABOY.- El problema está latente. El disparador es el consumo de droga.

SEÑOR BAYARDI.- Tendríamos que considerar distintos niveles de consumo de drogas. Aquí se ha centrado mucho el tema en los jóvenes, pero en nuestra sociedad hay niveles de consumo no ya de las llamadas drogas legales, sino de las que pueden no tener limitaciones de legalidad en el consumo, pero que son consideradas ilegales desde el punto de vista de la venta, que no afecta a jóvenes, sino a personas de un nivel socio-económico medio o medio-alto, en un rango de edad superior a los cuarenta años. No me animaría a decir cuánto tiene de impacto problemático ese consumo para él y para su entorno familiar, pero consumen, por alguna causa que obviamente no conozco, no estoy en la interna. De manera que el encare también debe admitir una diversidad de abordajes, porque no podemos decir que tenemos que enseñar qué es la autoridad a alguien de cuarenta o cincuenta años, que además tiene

una actitud de trabajo en una empresa determinada, que lo sabe perfectamente porque está consciente de que si se va por fuera quedará sin su trabajo. Y por eso trata de mantener oculto ese nivel de consumo o trata de justificarlo. Es aquel que muchas veces dice que cuando llega el viernes se libera de todo y consume.

SEÑOR ABOY.- Creo que estamos hablando del alcohol.

SEÑOR BAYARDI.- O del clorhidrato de cocaína, por ejemplo.

SEÑOR ABOY.- Hoy tenemos hasta tres generaciones de consumidores o, por lo menos, dos: si el padre es consumidor, el hijo es consumidor, y ese padre no tiene por qué ser vendedor de pasta base o tener una boca de venta. Esa también es una realidad, y hay que trabajarla, y en muchos casos con los dos. De pronto, el joven es el problemático, pero el padre también tiene que hacer tratamiento, y por eso trabajamos con la familia.

SEÑOR VALDER.- Aquí se hizo mención a la generación del sesenta y ocho y a todo el movimiento de ese tiempo. En realidad, yo marcaría el origen un poco antes, en 1954, en la época de "Rebelde sin causa" y algunos otros libros, como "El guardián entre el centeno", de Salinger, que plantean la rebeldía juvenil en contra de las figuras autoritarias paternas. Muchas veces hay una rebeldía legítima en contra de la figura paterna que es autoritaria. Lo difícil, pero también legítimo, es el ejercicio de la autoridad paterna sin caer en el autoritarismo.

Entonces, en esa época, como uno de los factores importantes que todavía hoy sigue teniendo influencia, el legítimo rechazo a una figura paterna autoritaria, provocó que los sujetos e, inclusive, las concepciones teóricas buscando legítimamente un rechazo, fueran en contra de todo tipo de autoridad y de legitimidad de las leyes.

En el fondo, el tratamiento en la comunidad terapéutica se fundamenta en la ley de prohibición del incesto. Y nos metemos más profundamente en este tema. Hay cuatro reglas básicas: no sexo entre los pacientes ni entre los pacientes y los técnicos, no drogas, no alcohol, no violencia. Esas son las cuatro reglas que regulan el funcionamiento social.

Las concepciones de ciertos grupos de universitarios y de intelectuales que piensan estas cosas, que están fuertemente influidos por el pensamiento post-moderno autores como Foucault y parte del pensamiento francés cuestionan con buenos argumentos a mi modo de ver, equivocados que exista ciencia, que exista algo que pueda legitimar que a alguien se le pueda prohibir el uso de una sustancia, basándose en el complejo de Edipo, en la ley de prohibición del incesto. Eso fue un invento; es un discurso que en su momento fue válido y ahora ya no. Nosotros decimos que hay regulaciones en la sociedad y hay prohibiciones que son legítimas y que creemos que tienen que seguir siéndolo.

Con respecto a la marihuana, es verdad que su consumo no está penalizado, pero tampoco está legalizado; son cosas distintas. Es como una dimisión más una más de la autoridad paterna y de la responsabilidad del mundo adulto que no sabe qué hacer con un fenómeno, porque esto realmente requiere un estudio profundo, y suenan varias campanas.

En cuanto a los adultos que consumen, la mayoría mantienen una doble vida. Seguramente tienen posibilidades de tener un funcionamiento eficaz. Tendríamos que profundizar mucho más al respecto; aquí hay un aspecto ético importante. Frecuentemente, las personas de treinta y cinco, cuarenta y cincuenta años que llegan a nosotros, a quienes se les escapó la tortuga, antes eran, por ejemplo, comerciantes exitosos son muchos los casos, pero probaron la paste base y se fueron al carajo. Son personas que tienen una doble vida; los vemos como personas exitosas, pero es una farsa. El desfallecimiento de la función paterna y las consecuencias éticas en la conducta es una cuestión muy profunda. Seguramente, un empresario de cincuenta años que maneja una empresa sabe cuáles son los horarios que debe hacer cumplir a sus empleados y los cumple, pero sin perjuicio de esto, consume. Meterse en esa situación implicaría un análisis más profundo, pero les puedo asegurar que llegaríamos a que el problema de ese sujeto es el desfallecimiento de la función paterna. Esto no lo vamos a ver cuando tiene éxito, sino cuando fracasa. Ahí va a concurrir al consultorio, va a llorar y al final vamos a llegar a ese punto en el que se va a dar cuenta qué pasó con su padre, con su madre

y por qué es un farsante que mantiene una doble vida, que por la noche sale con prostitutas, se acuesta con travestis, y durante el día es un empresario exitoso.

SEÑORA TOURNÉ.- Quiero hacer una mera constancia, que no necesita respuesta alguna.

Por mis convicciones y por mi profesión docente y psicóloga social creo que en esta época tenemos una crisis de parentalidad, que es diferente a una concepción, para mí perimida, de la función del padre. Según las afirmaciones que he escuchado, el padre es el que ejerce la autoridad y la madre es la que deja plantar la plantita y es, prácticamente, una idiota. No creo que sea así, porque muchos padres pican como un queso a sus mujeres y a sus hijos y de ahí salen los problemas.

Quería dejar esta constancia. Creo que las visiones absolutamente sesgadas ya no corresponden a este mundo. Me parece que la crisis de parentalidad y de valores devienen de cosas bastante más grandes. Cuando hablo de parentalidad, hablo de los roles de la familia el del padre y el de la madre, que tienen igualdad de potencialidad.

Esta es una constancia y no necesita respuesta. No me gusta advertir que el padre es el único portador de autoridad y valores y, por el contrario, la madre es la portadora de la debilidad que permite la adicción. El tema es bastante complejo. Me gustaría discutirlo, pero no es el momento.

SEÑOR ABOY.- Mi compañero lo aclaró antes, cuando comenzamos, que usted no estaba...

SEÑORA TOURNÉ.- Escuché casi todo.

SEÑOR ABOY.- Nosotros hablamos de la función paterna ejercida por la madre y el padre.

SEÑORA TOURNÉ.- Entonces, hable de parentalidad.

SEÑOR ABOY.- Está bien, pero quiero aclarar que hablamos del rol paterno en función de la autoridad o de la norma.

SEÑORA TOURNÉ.- Expresé que no necesitaba respuesta.

SEÑOR ABOY.- Perfecto.

SEÑOR VALDER.- Quiero expresar algo que requiere una exposición más profunda: el legítimo rechazo del autoritarismo absolutamente legítimo, que está en la génesis de todos los procesos de la década del sesenta no puede justificar la dimisión del adulto, del padre y de la madre, en el ejercicio de la autoridad para poner límites y enseñar a sus hijos a ser hombres y mujeres.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de la delegación.

(Se retira de Sala una delegación de la Fundación Manantiales)

(Ocupa la Presidencia la señora Representante Tourné)

(Ingresa a Sala una delegación del Centro de Adicciones del Hospital Italiano)

—— La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación del Centro de Adicciones del Hospital Italiano, integrada por su Presidente, doctor Carlos Cavasin, y el gerente administrativo, señor Jorge Girasol.

SEÑOR CAVASIN.- El Hospital Italiano tiene, desde el año 2005, un centro de tratamiento de las adicciones. Básicamente, trabajamos con cuatro tipos de adicciones: la marihuana, la cocaína, la pasta base y alcohol.

Nuestro modelo de tratamiento es psico-médico. Desde el punto de vista médico, trabajamos con psiquiatras que participan en las entrevistas, en las consultas, en el seguimiento de los jóvenes y en el abordaje farmacológico de las adicciones. Desde el punto de vista de la psicoterapia, trabajamos con un equipo de ocho psicólogos.

Nuestro tratamiento se basa en la actividad. Los jóvenes realizan distintos tipos de actividades pensadas para su rehabilitación. Me refiero a actividades tales como gimnasia con profesor de educación física contamos con un gimnasio de 120 metros cuadrados, Tai Chi, expresión corporal, teatro, acupuntura, yoga, expresión plástica. Nuestro modelo está basado en la realización de múltiples actividades, entre la hora 8 y 30 y la hora 19.

Practicamos un modelo de internación corta. Trabajamos sobre la base de treinta días de internación. Después, los jóvenes pasan a un régimen de diez horas por día a lo que llamamos centro diurno y, por último, está la etapa de cuatro horas de tratamiento ambulatorio, que es la final. Luego, muchos de estos jóvenes tienen un seguimiento por un tiempo limitado. En otros casos, los derivamos a psicólogos y psiquiatras que los estaban tratando o a los grupos de NA cada vez intentamos que esto ocurra con mayor frecuencia, que funcionan básicamente en Montevideo y también en el interior.

Usualmente, recibimos pacientes derivados por las distintas mutualistas, tanto de Montevideo como del interior: Asociación Española, CASMU, COSEM, SMI, Hospital Evangélico, Círculo Católico. Trabajamos con mutualistas de prácticamente todo el interior; quedan muy pocos lugares. Básicamente, el departamento de Treinta y Tres, que es muy problemático en este tema, es el que más pacientes ha derivado a nuestra clínica.

¿Por qué trabajamos en este modelo de corta internación? Desde hace cinco años estamos en el tema y hemos pensado una reinserción rápida de los jóvenes en la sociedad. Los períodos de abstinencia constituyen las etapas más problemáticas y corresponden a períodos menores a treinta días. Por eso en este modelo buscamos pasarlos rápidamente al sistema ambulatorio. Basta recordar que la pasta base tiene un período de abstinencia de unos veinticinco días, la cocaína de treinta días y la marihuana de quince días. En el caso del alcohol la abstinencia es más prolongada, ya que se entiende que anda en aproximadamente los noventa días, pero buscamos en cuarenta o cuarenta y cinco días restituir a estos pacientes a una vida más normal. La internación es la última medida para aquellos pacientes que se encuentran en lo que ellos llaman la fisura y nosotros denominamos la abstinencia. Tenemos todo este equipo de psicólogos y de psiquiatras, que hacen el apoyo farmacológico que corresponde, para que lo puedan resolver de la forma más satisfactoria posible.

En estos cinco años pasaron por nuestra institución cerca de seiscientos jóvenes. Básicamente, los porcentajes son de 40% de consumidores de cocaína y otro 40% consumidores de pasta base. El alcohol constituye una cifra no tan importante, si bien el problema en el país es muy grave. También tenemos pacientes con consumo de opiáceos, que es morfina y sus derivados. Se trata de pacientes que se inyectan sustancias que permiten calmar dolores muy intensos, a partir de problemas de salud importantes por ejemplo de columna, con lo que queda instalada una adicción. Provienen del sector médico o del sector de enfermería. Hemos atendido a unos seis u ocho pacientes con estas características. Es de las adicciones más reactivas, más difíciles de tratar y llevan más tiempo de internación. Estos derivados del opio generan una sensación de placer muy intenso, y cuesta mucho desestimular su consumo. Decía que si bien el consumo de alcohol es muy importante a nivel de todo el país, es de los casos que menos vemos por la mayor resistencia de parte de los pacientes al tratamiento de este tipo de patología.

Para nosotros la adicción es una enfermedad. Deben ser investigadas sus causas, muchas de las cuales están vinculadas a dificultades de estos jóvenes para enfrentar satisfactoriamente la vida. Estas dificultades son preexistentes al inicio del consumo de drogas.

Nuestro modelo es muy intensivo, de corta duración y llevado adelante por un equipo profesional. Desde el inicio contamos con habilitación del Ministerio de Salud Pública, siendo una de las pocas instituciones que cuenta con ella. Hemos procurado seguir las pautas orientadoras del Ministerio, y hemos podido sortear satisfactoriamente sus inspecciones.

Los jóvenes en nuestro modelo de atención no trabajan ni realizan tareas dentro de la institución contamos con personal para ello, sino que están exclusivamente dedicados a la rehabilitación. En el caso de los pacientes mutualizados, como las instituciones tienen la obligación de internación hasta treinta días, muchas

veces solicitamos la extensión del plazo para continuar el tratamiento de manera ambulatoria, a cargo de las mutualistas o de los familiares de los pacientes, a efectos de cubrir las distintas etapas y con ello asegurar mejores resultados. Como es un tipo de patología crónica y que tiene recaídas, buscamos que sea controlada de la mejor manera posible, conociendo las dificultades que tienen este tipo de enfermedades.

SEÑOR GIRASOL.- Para que comprendan mejor lo que estamos exponiendo, hemos traído una carpeta en la que se explican cada una de las actividades que realiza el centro. En la última página aparece un cronograma de cómo es el día a día del centro. Para nosotros es muy importante la parte psicológica. Los pacientes tienen dieciocho horas y media de terapia por semana, con psicólogos especializados en drogodependencia. Todos nuestros psicólogos están especializados en la Universidad Católica e hicieron su pasantía en nuestra institución.

SEÑOR CAVASIN.- Cuando abordamos el tema adicción un dato importante a tener en cuenta es que el 50% de los pacientes adictos tienen comorbilidad, no son adictos puros. Y esto hay que tomarlo muy en cuenta. Por ejemplo, tienen trastornos de personalidad, son "border line", son bipolares, etcétera. Con este modelo procuramos abordar la doble problemática con la que habitualmente llegan a nuestra clínica.

Por otro lado, muchos de estos pacientes, en el entorno del 35%, tienen déficit atencional, en general desde la infancia, que no ha sido tratado satisfactoriamente o no ha sido tratado. Nuestro modelo está muy orientado a resolver este tipo de problemática que muchas veces acompaña el trastorno de la adicción.

SEÑOR GIRASOL.- Hemos tenido bastante buenos resultados con chicos de dieciséis o diecisiete años que habían abandonado el estudio secundario. Hoy tenemos tres pacientes que están terminando el tratamiento y que están preparando los exámenes de fin de año. Debido a la buena predisposición de los Directores de los liceos, que han comprendido que esta es una problemática social, se les han certificado las faltas no dejándolos libres por faltas porque están en tratamiento y se les han preparado períodos especiales de examen para que puedan rendir las materias libres. Podemos decir que esos chiquilines, que desde hace tres meses estaban fuera del sistema educativo, se volvieron a reinsertar.

SEÑOR CAVASIN.- Habitualmente, recibimos pacientes derivados por el Poder Judicial, algunos con medidas de seguridad y otros sin ellas, cuando los jueces consideran que los ilícitos cometidos son consecuencia del consumo compulsivo de drogas. Desde el año 2007 hasta la fecha, tenemos a uno o a dos pacientes derivados por los jueces.

Nuestro servicio es muy chico, cuenta con doce camas; es un servicio pequeño, comparado con otras instituciones que tienen un porte distinto.

Por otra parte, nosotros realizamos, de manera vehemente por decirlo de alguna forma charlas de prevención en liceos públicos y privados, y en las divisiones formativas de los equipos de fútbol, como Danubio, Liverpool, Rampla y, últimamente, Peñarol. Eso forma parte de una tarea de extensión, gratuita, que llevamos adelante porque consideramos muy importante para devolver un poco a la sociedad lo que ella nos ha ido brindando. Fijamos aproximadamente cincuenta charlas por año. También vamos a dictar charlas al interior del país, en ese margen de aproximadamente cincuenta charlas.

SEÑOR GIRASOL.- Quiero agregar lo siguiente, que los señores Diputados saben. Cuando hay un chico enfermo, está enferma la familia. Entonces, semanalmente, los días jueves, desde la hora 19 hasta la hora 21, tenemos una instancia, por supuesto gratuita y voluntaria, para las familias; hacemos una terapia familiar grupal, sin los chicos. Allí concurren las madres, los padres, las esposas, los hijos. Se trata de ayudar a la familia a comprender la problemática. Puedo asegurarles que el intercambio familiar es maravilloso, porque las familias aprenden allí; ven lo que pasaron, lo que pasan otros y, a veces, instrumentan medidas y cambios de hábito en función de lo que otros han hecho y les ha dado resultado.

SEÑOR CAVASIN.- Realizar el seguimiento de este tipo de pacientes es un tema bastante complicado. Nosotros hemos hecho el seguimiento a seis meses del egreso de nuestra institución, sabiendo que

esperamos, en el primer año posterior al tratamiento, un promedio de tres recaídas. Hacerlo a más tiempo nos resulta realmente complicado, sobre todo porque implica un gasto que no podemos enfrentar. Sí somos plenamente conscientes de que sería muy interesante poder medir resultados a partir de dos, tres, cuatro o cinco años, porque ya tenemos pacientes que han egresado de la institución hace cinco años.

Nuestros resultados, a seis meses, son relativamente muy buenos; por supuesto, este es un indicador muy parcial. Hacemos una comprobación telefónica a partir de consultas con los familiares. Estamos en un 67% de muy buena recuperación, con la salvedad que expresé en el sentido de que seis meses no implica demasiado en una enfermedad que es crónica.

SEÑORA PRESIDENTA.- En virtud de algunas afirmaciones que escuché, quiero formular un par de preguntas.

En primer lugar, cuando presentan a la institución dicen que cumple con los controles del Ministerio de Salud Pública. Ese es un punto bien interesante, porque por acá han pasado cantidad de instituciones. Mi primera pregunta consiste en si consideran que sería necesario protocolizar las actuaciones de las distintas instituciones, es decir, tener bases comunes, marcos en común, aunque se habiliten diferentes metodologías de abordaje. Al respecto, algo ha hecho la Junta Nacional de Drogas, pero me gustaría escuchar la opinión que tienen al respecto.

En segundo término, quiero saber el costo de los tratamientos que tienen que abonar las personas.

SEÑOR CAVASIN.- Hay un decreto que rige a este tipo de instituciones, que es una norma exigente que obliga a tener determinada plantilla de personal y contar con ciertas especialidades, lo que es sumamente importante, y también obliga desde el punto de vista de la planta física. Nosotros creemos que es necesario e importante lo que se ha llevado adelante en materia de regular a este tipo de instituciones, porque existe mucha cosa muy disímil, y consideramos que muchas de ellas no son instituciones de tratamiento, sino que están vinculadas a lo religioso o a temas de convivencia y de generación de hábitos, pero que no pasan por una intervención en el campo de la salud mental. Este no es solo un problema de reeducación de hábitos y de dejar de lado algunos vicios que los jóvenes puedan tener, sino que pasa mucho por patologías mentales que deben ser manejadas, controladas y, eventualmente, se debe generar rehabilitación.

También es cierto que estamos hablando desde una institución habilitada; eso nos da un sesgo particular. En Uruguay, solo hay dos instituciones habilitadas: DIANOVA y la nuestra. Nombramos a DIANOVA porque también la consideramos una institución seria, que hace muy buen trabajo.

¿Qué otra cosa no tenemos, que tal vez precisaríamos? Los tratamientos son costosos, sin ningún tipo de duda. No tenemos apoyo del Estado. También es cierto que hemos logrado sobrevivir sin apoyo del Estado, y esto es importante; en Uruguay, esto es importante. Llevamos cinco años y hemos logrado sobrevivir. Muchas veces, las instituciones que estamos en esto nos quejamos de que el Estado exige, pero no apoya económicamente. Tal vez sería interesante que el Estado pudiera apoyar a algún tipo de pacientes, sobre todo a aquellos carentes de recursos, pero también es cierto que los que tienen posibilidades económicas deben ser solventados por el sector mutual, pero también por la familia, ya que hay una buena cuota de corresponsabilidad. Entonces, cuando hacemos planteos en las instituciones mutuales para que se hagan cargo de un tratamiento también le pedimos a la familia que participe, porque ello implica que todos ponemos el esfuerzo necesario para que no solo el joven sino también los adultos que participan de su entorno se comprometan y salgan adelante. Porque también ellos deben cambiar. Cambiar comportamientos, actitudes, estilos de pensamiento cognitivo del joven vuelto a ese entorno familiar inmodificado no resuelve absolutamente nada. Entonces, el compromiso pasa por todos.

Con relación a los costos, existen distintos aranceles. A los particulares se les cobra, la internación, $ 1.400 por día; cuando es un régimen de 10 horas por día, se cobra $ 5.000 por semana y cuando es un régimen de 4 horas por día, $ 3.000 por semana. En general, un tratamiento tipo en nuestra institución se cobra $ 72.000. Muchas veces, cuando las personas son derivadas por las mutualistas, se cobra en el orden de los $ 1.000 por día de internación. Es decir, se cobra el mismo arancel que cobran las clínicas psiquiátricas para los pacientes

psiquiátricos, tomando en cuenta que la nuestra no es una clínica psiquiátrica sino una clínica de rehabilitación de drogas.

Habitualmente, por una modalidad personal, e institucional, también tenemos pacientes becados, a quienes no les cobramos o les cobramos muy poco. Esto es por orientación de quienes estamos al frente de la institución, que consideramos que siendo generosos también recibimos, y de esa manera podemos serlo. A su vez, me consta que muchas instituciones que participan de esta rama de actividad también realizan tareas sociales importantes.

SEÑOR GIRASOL.- Debemos aclarar que en los costos de internación está incluida la medicación que toman, que es muy cara. Además, es pensión completa. Por ejemplo, la comida la compramos. Como decía el doctor, los chicos cocinan, pero no tenemos espacio físico para eso y tampoco vocación. Hay una panadería rotisería que nos hace los menúes de manera especial para nosotros; digo esto porque a cualquiera que vaya a comprar el mismo menú le van a dar la mitad que a nosotros.

También quiero decir que eso de los chicos que están becados, como nosotros tenemos apenas doce camas y tres chicos en lista de espera, de los cuales uno será becado, no lo podemos salir a anunciar porque se formaría una fila como la que ocurre cuando se llama para un concurso para un empleo. Por supuesto que los chicos becados no son elegidos a dedo; cuando el doctor Cavasin hace la entrevista, ve que el chiquilín demuestra una gran voluntad de salir de la droga y la familia no puede pagar, en ese caso se toma la decisión de la beca. Reitero, esto no se sabe y tampoco hacemos propaganda con eso.

SEÑOR CAVASIN.- En nuestra concepción a veces somos generosos y también recibimos cosas que son interesantes. Por ejemplo, hacemos publicidad en Radio Cero en el programa "De Primera Mano" todos los días; particularmente Fernando Vilar nos concede un espacio para que pongamos testimonios de jóvenes. Todos los miércoles a las 8 y 30 de la mañana los chicos dan su mensaje para que otros jóvenes no entren en la droga. Esta es una generosidad de Radio Cero, particularmente de Fernando Vilar. Por eso decimos que lo que nosotros damos por un lado, también vamos recibiendo por otro

Los canales de televisión han ido en múltiples oportunidades a nuestra institución, algunos nos han pedido que algún chico en particular pudiera aparecer en cámaras. También es cierto que la publicidad es muy importante para generar pacientes en forma continua.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos muchísimo toda la información que nos han brindado, por demás interesante.

Quedamos en contacto. La Comisión preparará un informe y tal vez los llamemos para obtener algún dato concreto.

Ha sido un placer conocerlos y que hayan compartido con nosotros su trayectoria y su aprendizaje.

SEÑOR GIRASOL.- Las puertas de nuestra institución están abiertas para cualquiera que quiera visitarla.

SEÑORA PRESIDENTA.- Es muy probable que vayamos.

SEÑOR GIRASOL.- Entre otras cosas, hemos convocado a personas conocidas, a periodistas, a jugadores y entrenadores de fútbol, quienes habitualmente van a dar una charla a los chicos durante una hora o una hora y media de otra cosa que no sea droga; van a hablar de la vida, de la vida de ellos.

SEÑOR CAVASIN.- Por ejemplo, fue el doctor Roberto Canessa a hablar del episodio de los Andes.

SEÑOR GIRASOL.- También nos visitó Fernando Vilar, para hablar de su experiencia, y el periodista Goñi. Diez días antes de fallecer, estuvo en nuestro centro el querido Barizzoni.

Por poner ejemplos de jugadores y de técnicos de fútbol, estuvo Fernando Morena; en otra oportunidad hace quince días nos visitó Favaro, el técnico de Liverpool.

Para los chicos es bueno ese intercambio con gente que no tiene nada que ver con su problemática.

La Comisión puede concurrir a conocer nuestras modestas instalaciones en el Hospital Italiano, aunque no sea para dar una charla. Nosotros ocupamos el sector donde estaban las monjas del Hospital. Los que somos creyentes decimos siempre que ese lugar está bendecido porque allí donde hoy tenemos uno de los consultorios fue donde se cambió de ropa el Papa Juan Pablo II cuando dio la misa.

(Diálogos)

—— Quiero agradecer al secretario de la Comisión, quien me atendió y diligenció esta entrevista. Nos enteramos de que esta Comisión se estaba reuniendo porque alguien nos lo comentó y por eso pedimos ser recibidos.

Les agradecemos a todos que nos hayan recibido.

SEÑORA PRESIDENTA.- La Comisión les agradece su presencia.

Se levanta la reunión.